

Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois.

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita

Há vinte anos passados, em Santos, um hospital psiquiátrico privado, conveniado ao Inamps, a “Casa de Saúde Anchieta”, sofreu uma intervenção do poder público municipal. Em si, a intervenção não seria uma novidade; na história, é recorrente a intervenção dos governos sobre hospícios, sendo que, algumas vezes, certos hospícios já haviam passado por diversas intervenções. O que, por sua vez, instiga a pergunta: por que, volta e meia, um hospício precisava da intervenção de poderes externos?

A intervenção na “Casa de Saúde Anchieta” foi desencadeada por denúncias anônimas de maus tratos aos pacientes e mortes violentas divulgadas pelo jornal local. O mesmo tipo de denúncias que desencadearam tantas outras intervenções. Mas o que distingue a experiência santista? Qual a novidade desta Intervenção?

Em primeiro lugar, a natureza dos entes em questão: o poder público municipal intervindo, isto é, assumindo a direção administrativa de uma entidade privada, prestadora de serviços ao governo federal. Apenas por este aspecto, pode-se concluir pela ineditude da Intervenção: era impensável o poder público intervir e tomar a direção de um ente privado, por razões de ordem da saúde pública; menos ainda uma prefeitura, que até então cumpria apenas as funções de zeladoria das cidades, assumir a função de gestor e responsável pela saúde de sua população, tendo o direito dos indivíduos internados como fundamento para ação do executivo municipal. As questões da saúde, até 1988 eram matérias regidas apenas pelos governos estadual e federal. As intervenções anteriores eram da parte dos governos sobre entes governamentais, isto é, do poder público sobre hospitais públicos. Em termos jurídicos, a Intervenção pôs em jogo a Constituição promulgada poucos meses antes, em outubro de 1988 (Dos direitos e garantias fundamentais dos indivíduos, Art. 5º da CF) contrapondo os direitos dos indivíduos em relação ao poder da propriedade privada. A interpretação conservadora via apenas a possibilidade do descredenciamento do hospital, portanto gerando a desassistência mas não a garantia dos direitos dos pacientes, que incluía o direito aos cuidados de saúde, sem tratamento desumano ou degradante. O executivo municipal arrogou a si a responsabilidade constitucional de garantir tanto o tratamento quanto os direitos individuais, e levou adiante a tese vitoriosa de que apenas através da Intervenção seria possível alcançar tal objetivo.

A quadra histórica situa a Intervenção no Anchieta no contexto da redemocratização e reconstrução das instituições do Brasil, pós-ditadura. Embalados pelo entusiasmo do crescimento da esquerda nas eleições municipais de 1988, o clima era de “enfrentamento das forças conservadoras”. Poderes e direitos, liberdade e opressão, sonhos e esperanças conjugavam as ações dos atores e a reforma das instituições estava em voga.

A Intervenção surgiu a partir da vontade de mudança, de transformação, de revolução. Esta vontade encarnada na pessoa do secretário de saúde municipal, David Capistrano, alimentada por longas conversações sobre a reforma sanitária na Itália e as particularidades que esta apresentou no campo da saúde mental. David era amigo de Giovanni Berlinguer, médico e senador italiano pelo antigo Partido Comunista Italiano, com quem se correspondia e mantinha contato regular e se inteirava dos acontecimentos no campo da saúde na Itália. E, em relação à saúde mental, teve a sua iniciação na experiência de Bauru, onde também foi secretário de saúde 1984-86, e retornou como assessor após o tratamento da leucemia nos Estados Unidos em 1988. A compreensão dos aspectos revolucionários da experiência desinstitucionalização de Franco Basaglia desembocou na idéia de se poder realizar, aqui no Brasil, uma experiência semelhante com a implantação do SUS, que por si só era uma revolução. Nas primeiras semanas como secretário de saúde de Santos, surgiram no jornal A Tribuna, denúncias sobre mortes violentas ocorridas na “Casa de Saúde Anchieta”. Nesta situação vislumbrou-se a possibilidade de se desencadear um processo de transformação da assistência psiquiátrica na cidade e que servisse de estímulo par o reto do país.

Daqui podemos fazer uma primeira distinção a partir da intencionalidade desta Intervenção: não se buscou uma readequação do hospício às normas supostamente suficientes e tecnicamente fundamentadas que por qualquer razão teriam sido deixadas de lado pelos gestores, que poderiam ser desqualificados como maus administradores ou como gananciosos movidos pelo lucro fácil. Ao invés disso, partiu-se da premissa que a própria organização da instituição manicomial é ela mesma geradora de violência e opressão, porque é parte de uma corrente de relações de opressão e violência em que os pacientes encontram-se no último anel – o Circuito do Controle. Nunca se pretendeu restabelecer um “manicômio ideal”, “hospício bonzinho”, mas seguindo os ensinamentos de Basaglia, partimos para uma experiência de transformação prática da realidade institucional; um processo de transformação não apenas de toda a concepção da assistência aos doentes mentais, mas buscando alargar o debate e por em

jogo as relações sociais e políticas como um todo. Neste sentido a Intervenção ia bem além dos muros do hospital... por em cheque estas relações e desconstruir a lógica que mantém o manicômio como necessário.

Robert Castel apontava que “a psiquiatria é a prática de uma contradição entre a cura e a custódia”, entre as demandas de cuidados e tratamentos aos doentes e simultaneamente o exercício do controle social sobre os pacientes que põe em risco a ordem social. Na visão de Foucault, tal contradição estaria dissolvida ao identificar a terapêutica ao isolamento, de modo que as “grandes estruturas dos hospícios foram justificadas por uma maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social – que exigia a proteção contra a desordem dos loucos – e as necessidades da terapêutica – que exigia o isolamento dos doentes.”

Na tradição basagliana, as contradições serviriam como ponto de partida para o rompimento da inércia institucional e, por isso, formulação de Castel serviu como elemento orientador das estratégias da desinstitucionalização. Portanto, a contradição entre custódia e cura deveria ser tensionada, intensificada e não dissolvida.

A Intervenção ocorreu sobre um hospital psiquiátrico e, por esse verso, desenvolveu uma série de medidas da ordem e do discurso psiquiátrico especializado. Ou seja, intensificou o pólo dos cuidados e da assistência. Instituiu um conjunto de normas “tradicionais”, desde a organização das rotinas de reavaliação e prescrição de medicamentos, aumentos da lista de medicamentos básicos disponíveis, rotinas de cuidados físicos, higienização; estabeleceu-se uma proporção de profissionais de diversas áreas por paciente, instituindo equipes multiprofissionais, etc.; organizou-se reuniões e colóquios com os familiares, como parte do processo terapêutico. Era necessário desenvolver ações dentro do universo psiquiátrico, pautados pelo discurso do saber competente para o cuidado e tratamento, o que nos levou a afirmar que a antipsiquiatria era a prática do hospício antes da intervenção.

Por outro lado, a essência das transformações estava posta para além da dimensão dos cuidados e assistência. O centro das transformações posta em andamento pela Intervenção, foi colocar o conjunto das relações que davam identidade à instituição psiquiátrica, em particular as relações de poder no interior da instituição. Uma vez que se transformava as relações no espaço institucional, constituía-se uma nova instituição. Desinsinstitucionalização!

Uma das primeiras medidas emblemáticas e dramáticas foi a abertura e a proibição do uso das celas fortes. Logo nas primeiras horas após termos a posse do hospital, David Capistrano já questionava “Quando vamos abrir as celas fortes?”. Não havia espaço para tergiversações. Naquela mesma noite todos os pacientes que se encontravam isolados foram

liberados e, enquanto eram reavaliados e cuidados, as portas das celas fortes todas foram arrancadas dos batentes. Ato que indicou desde o princípio o início de uma nova ordem... Na manhã seguinte, a primeira assembléia com a participação de todos os pacientes da ala masculina... Anúncio das novas regras: não à violência, sim à participação e ao diálogo, ao debate! Assembléia na ala feminina: as pacientes clamavam pela prefeita Telma de Souza, “Você veio nos libertar!”. Assembléia com todos os funcionários: não à violência, sim à participação, sim ao debate e à divergência, não à sabotagem... Assembléia diária de todos no hospital...

As assembléias não foram instituídas como “espaços terapêuticos”, mas lugar de enfrentamento e debates sobre a vida de todos no interior da instituição, verdadeira Ágora para a “política” interna, mas também espaço de debates e discussões sobre a política no exterior da instituição: exclusão, estigma, pobreza, desemprego, raça, cor, credos, etc... Não se constituíam como espaços de deliberação formal, sob a regra do domínio da maioria, mas sim como dispositivos de intensificar as contradições e, ao mesmo tempo, exercício para a participação e corresponsabilização na formação de consensos, onde havia uma diretriz: ninguém poderia ser excluído! Isto é, não havia pré-requisitos para a participação (estado mental, social ou clínico). Profissionais, funcionários de todas as seções, pacientes e familiares foram envolvidos neste processo de crítica da instituição e construção de novas normas institucionais. Saúde como normatividade, capacidade de gerar novas normas adequadas para as situações.

O que surgia destas reuniões eram “normas” transitórias, arranjos psico-afetivos que eram acordados até a próxima assembléia do dia seguinte. Ou seja, ia se experimentando dia a dia novas configurações das relações entre os diversos sujeitos presentes, que a cada vez poderiam ser reformuladas. A prática concreta no convívio era o critério e o argumento mais importante. Mais do que nunca o aforisma gramsciano “Pelo otimismo da prática, contra o pessimismo da razão” fez sentido.

Por anos, a designação de “antipsiquiatria” sempre foi recusada pelos companheiros italianos. Nas décadas de 1970/1980, o termo polarizava de tal forma o campo de debates que conotava radicalismo político infantil para alguns ou negação da ciência para outros. A opção basagliana foi precisa: manter aberta as contradições, dialetizando na prática concreta as relações no interior das instituições, recusando todas as formas de ideologização: política, científica, social.

No interior das instituições psiquiátricas, qualquer estudo científico sobre a doença mental em si é possível apenas depois de haver eliminado todas as superestruturas que nos remetem da violência do instituto, à violência da família e à violência da sociedade e de todas as suas instituições. Somente tendendo a este poder de contestação que vá além dos muros do hospital até as fronteiras da violência, da autoridade, da classe, da fome, a nossa ação na instituição tem um sentido. Em caso contrário, nos limitaremos a uma evolução de caráter reformista no interior da ciência psiquiátrica e do atual 'sistema'.(Basaglia Scritti I, p.425)

Mas, segundo Foucault, nos Resumos dos Cursos do College de France, publicado em 1994, a experiência basagliana se inscreve dentro do registro da Antipsiquiatria:

Mais do que uma retirada do espaço do hospício, trata-se da sua destruição sistemática por um trabalho interno; e trata-se de transferir ao próprio doente o poder de produzir sua loucura e a verdade de sua loucura, mais do que procurar reduzi-la a zero. A partir daí, pode se compreender, creio, o que está em jogo na antipsiquiatria, e que não é, de modo algum, o valor de verdade da psiquiatria em termos de conhecimento (de exatidão diagnóstica ou de eficácia terapêutica). No âmago da antipsiquiatria, a luta com, na e contra a instituição. (p.54)

Neste sentido, concordo que Basaglia sempre foi antipsiquiatra – o questionamento dos mecanismos de produção e reprodução do poder no interior da instituição psiquiátrica esteve no cerne das práticas de Gorizia e Trieste e, por tabela, na experiência de Santos.

Então seguindo o pensamento de Foucault:

Ora, o que estava implicado, antes de tudo, nessas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência, exercendo-se sobre os erros (ilusões, alucinações, fantasmas) da normalidade, impondo-se à desordem e ao desvio.(p.56)

Ao colocar-se em questão o direito que o conhecimento sobre a loucura, transcrita em doença mental, dá ao profissional de exercer seu poder sobre o paciente e sua doença, emergiu tantas outras dimensões a serem debatidas e checadas e, entre as primeiras, a questão da periculosidade do louco. “Perigoso contra si e contra outros” – é a definição e a justificativa clássica para a internação nos manicômios. Se a instituição que acolhe o paciente psiquiátrico deve antes de tudo lidar com a periculosidade presumida, as suas regras “não podem ser instituídas senão em função desta periculosidade e não da doença da qual sofre” o paciente.

Se o conhecimento sobre a loucura autoriza certo poder, a ignorância e o medo justificam um outro tanto: no cotidiano da instituição a periculosidade presumida assume as mais diversas formas de racionalização técnico-científica, gerando os contornos das normas mais bizarras, que tem por efeito a absoluta objetificação dos pacientes, transformados em coisas incompreensíveis a serem temidas e rechaçadas. Toda atitude de questionamento, recusa ou

defesa da parte do paciente é identificada como uma agressão corrente ou potencial, e por isso deve ser controlada e repelida. A desconfiança e o medo imperam sobre qualquer expectativa de melhora ou progresso. No limite, o progresso só é reconhecido em termos de obediência e submissão à razão do corpo profissional.

A periculosidade é um dos conceitos mais operantes e organizadores da racionalidade manicomial e, na estratégia da Intervenção, era prioritário desencadear um processo de discussão com vistas à desmistificação da periculosidade presumida aos loucos. Sem desnudar todas as fantasias e suposições de perigo e violência assumidas como da natureza da doença mental, não se conseguiria modificar o fundo emocional e afetivo no qual transcorre a vida na instituição manicomial. A violência dos pacientes foi posta em relação às violências perpetradas pela ordem social de uma sociedade dividida em classes, onde opressão e violência física, mental e moral são explicadas ou justificadas dependendo da origem social das pessoas envolvidas. Não se trata de aceitar nem de estimular a violência da parte dos pacientes, nem como tolerância desqualificante, nem como enaltecimento da vingança dos oprimidos. Mas a questão é como resolver as divergências entre as pessoas, as diferenças de interesses e de pontos de vista, sem recorrer à lógica do mais forte. Ou seja, o processo de desinstitucionalização passa pelo processo de aprender a negociar, discutir, de desenvolver e criar pontos de vista comuns, de constituir interesses comuns que permitam a cooperação dos indivíduos no cotidiano da instituição. E neste processo, o conhecimento é apenas um dos possíveis elementos que podem se constituir como argumento discursivo, mas onde também desejos, esperanças, interesses, emoções, fantasias podem ser igualmente postas em jogo. A construção de consensos se dá mais pela atmosfera de cooperação e aceitação mútua nas assembleias do que pela consistência lógica ou teórica dos argumentos. Neste contexto, é necessário que a própria instituição existente seja posta em cheque, em questionamento contínuo, onde se contrastam as normas institucionais com as normas geradas nas assembleias e suportadas pelos participantes do processo. Quando a comunidade consegue produzir um novo consenso, este pode/passa a ser assumido como uma nova norma a ser seguida pelos participantes e cujas conseqüências e desdobramentos são assumidos como responsabilidade coletiva. Ou seja, os indivíduos vão se deslocando desde uma atitude de total aniquilamento e submissão à instituição para um pólo de participação, afirmação de posições e compartilhamento de responsabilidades, que compõe o cenário do estado afetivo/emocional das pessoas. No lugar da periculosidade, a liberdade e responsabilidade passam a ser os

conceitos organizadores da vida institucional. O aforisma “A Liberdade é Terapêutica” é a síntese deste período.

Por um lado, a Intervenção agia no sentido de atualizar e qualificar a assistência médico-psiquiátrica, exaltando a necessidade terapêutica de se estabelecer relações não baseadas na violência, contrastando com a imagem carcerária dos hospícios; por outro lado, movia-se no interior dos espaços institucionais, destituindo as relações e a lógica dos poderes instituídos pela psiquiatria, baseadas no uso mistificador do conhecimento e do saber, estimulando a crítica à instituição inerte, buscando a ativação das subjetividades e a implicação dos indivíduos na transformação da instituição. Psiquiatria e Antipsiquiatria como pólos de uma mesma ação de transformação. A tensão gerada pelos dois movimentos produzia contradições, ambivalência e ambiguidade, incertezas mas também liberdade que puderam ser superadas a partir de projetos concretos, compartilhados sobre consensos pontuais e transitórios.

Esta dinâmica complexa foi formatando a organização dos Núcleos de Apoio Psicossocial, os NAPS. O hospital foi reordenado em 5 enfermarias que seguiam uma divisão dos 5 territórios da cidade, de modo que todos os pacientes e familiares de uma região seriam sempre atendidos e referenciados a uma mesma equipe. Depois estas equipes e seus pacientes e familiares foram sendo deslocados para a implantação dos Naps enquanto as suas enfermarias iam sendo desativadas concomitantemente. Os Naps desde a sua implantação foram pensados para funcionar com leitos de internação, 24 h., 7 dias da semana. A idéia era destruir o hospício, desmontando a necessidade da sua existência. Mas na medida em que a confiança e cumplicidade entre pacientes, equipe e familiares se tornava mais forte, novas estratégias de cuidado foram sendo instituídas. Por exemplo, a internação pôde ser pensada como ação precoce e preventiva, ao invés do costumeiro “internar em último caso”. Isto é, um paciente poderia ser internado num “dia ruim” para poder voltar a casa na manhã seguinte, evitando situações de atritos e desgastes com os familiares ou nos espaços de trabalho. As visitas regulares aos domicílios de pacientes permitiam o manejo dos pequenos problemas relacionais que ocorrem no cotidiano, distensionando situações de conflitos...

Mas, para além de tantas novas configurações de cuidados e assistência á saúde, os Naps se constituíram como pontos de “apoio” para a conquista ou ampliação dos espaços na sociedade a serem ocupados com legitimidade, dignidade e liberdade pelos pacientes. Neste sentido, a assistência/ cuidados é compreendida apenas como momento tático de uma

estratégia de valorização e emancipação. Por isso, nunca se pensou como “núcleos de assistência” sob um pensamento estritamente sanitário, mas como ponto de apoio, numa concepção logística de processo de enfrentamentos e conquistas dos pacientes e de responsabilização pela saúde mental da região adscrita.

Na atualidade, embora a macro estrutura da rede municipal ainda seja preservada nas duas dimensões mínimas, o racional do sistema foi abandonado pelas administrações que se seguiram. No geral, os Naps se resumem a ‘núcleos de assistência’, com baixa responsabilização pelas demandas locais. Não ocorre mais a polarização entre psiquiatria e antipsiquiatria, restando apenas o pólo da psiquiatria, que isolado, tende a limitar-se às suas funções de controle do desvio. Mas ainda assim, pode-se observar dinâmicas de resistência, de afirmação de liberdade por parte de pacientes.

Nos últimos anos, houve uma ampliação da rede de caps no país que levou ampliar o acesso e qualificar a assistência psiquiátrica e em saúde mental. Sem dúvida há experiências importantes espalhadas pelos 4 cantos, e inúmeras são as dificuldades. Mas, tenho o receio de que os caps sejam apenas produtores da psiquiatria reformada, que atuam apenas como instauradores da ordem ainda que reformada, isto é, que não há contradições “antipsiquiátricas” que sirvam como motores de transformação social, que fomentem a vontade de revolução.

Bibliografia

Basaglia, F. - Scritti I (1953-1968) - Dalla psichiatria fenomenologica all’esperienza di Gorizia. Giulio Einaudi Editori, Torino, 1981.

- Scritti II (1968-1980) Dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica. Giulio Einaudi Editori, Torino, 1982.

Foucault, Michel - Resumo dos Cursos do College de France (1970-1982) . Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1997.