

ARTIGOS

O CAMINHAR NA DESCONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ASILAR EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE SANTOS, SÃO PAULO

STELLAMARIS PINHEIRO SOUZA NASCIMENTO*

NASCIMENTO, S.P.S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.5-14, jan./abr., 1997.

RESUMO: Este artigo tem por objetivo individualizar concepções e ações que permitam o contato, a reflexão e o diálogo com a experiência de construção de uma nova política de Saúde Mental que vem sendo processada no município de Santos, Estado de São Paulo, desde 3 de maio de 1989, a partir da Intervenção Municipal na Casa de Saúde Anchieta tendo como estratégia e horizonte a desconstrução e a superação da instituição psiquiátrica enquanto estrutura, prática, saber e cultura; neste processo o hospital psiquiátrico foi abolido e uma rede de serviços territoriais, substitutivos ao Modelo Asilar, foi implantada.

DESCRITORES: Política de saúde, tendências. Desinstitucionalização, tendências. Administração municipal. Reforma sanitária. Saúde mental.

Tentaremos, a partir de breve retrospectiva, fazer alguns recortes e individualizar princípios, concepções, serviços e ações que possam, ainda que de forma redutiva, permitir o contato, a reflexão, o diálogo com a experiência de construção de uma nova política de Saúde Mental que vem sendo processada no município de Santos, Estado de São Paulo, desde 03 de maio de 1989, a partir da Intervenção Municipal na Casa de Saúde Anchieta, isto é, a partir do interior da estrutura psiquiátrica, tendo como estratégia a transformação e reconversão dos recursos ali existentes, no âmbito individual e coletivo.

A intervenção neste hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUDS e destinado à chamada Baixada Santista

se deu no seguinte contexto:

- denúncias anônimas de maus tratos e mortes enviadas à imprensa local e que culminou em um relatório do SUDS (hoje SUS), exigindo providências no sentido de que fossem sanadas, por parte do hospital, várias irregularidades técnico-administrativas;
- decisão política da Administração Municipal calcada na avaliação de que a situação encontrada na instituição em questão não poderia ser reduzida simplesmente ao não cumprimento de procedimentos e normas e sim compreendida e enfrentada enquanto inerente ao modelo de atenção em questão, modelo manicomial, entendido como promotor de segregação, exclusão, controle social.

* Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Especializanda do Curso de Especialização em Saúde Mental do Centro de Estudos em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, RJ., Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.

Endereço para correspondência: Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento. Av. Epitácio Pessoa, 334, ap. 113. Embaré. 11045-030. Santos, SP.

A situação concreta encontrada em 1989 era a de super lotação, insuficiência de profissionais, aplicação de eletrochoque, presença de celas fortes, uso indiscriminado de psicofármacos, serviço de alimentação e higiene insuficientes e de péssima qualidade, uso da força de trabalho dos pacientes para a manutenção da instituição. E tantas outras situações que apontam a miséria, a violência e o abandono tão comumente presentes nos hospitais psiquiátricos.

“A governabilidade tem a psiquiatria entre os seus instrumentos de gestão da desordem e da miséria. A administração da psiquiatria é exercitada através de um instrumento principal: a privação. O manicômio é o lugar zero da troca. A tutela e a internação tem como única finalidade subtrair as trocas e estabelecer relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI)³.

Contar sobre acontecimentos que se seguiram à intervenção é resgatar momentos especiais e intensos, difíceis e riquíssimos; momentos de luta, medo, cansaço, surpresa, ação, risco, rara beleza; momentos de solidariedade, movimento, vida, onde todos a sua maneira se fizeram protagonistas de si mesmos, de um sonho em comum, de uma realidade em transformação, de um processo histórico. Momentos de contato, de contágio, estávamos de posse do *vírus* do buscar...

No horizonte, processada cotidianamente, a Desinstitucionalização, entendida não somente como a negação do estabelecimento psiquiátrico enquanto solução mas,

“...como a desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso para o qual haviam sido criados: a doença, à qual se sobrepõe no

manicômio o objeto periculosidade” (ROTELLI)⁴.

Com base na crítica à suposta neutralidade da ciência, a consciência da dimensão político-social da psiquiatria: pólos aparentemente antagônicos, a propagada função terapêutica da assistência psiquiátrica e a implícita delegação social de normatização e controle que a sustenta e define compõem as forças em jogo inerentes às ações e saberes técnicos. Faz-se necessário manter a tensão entre a assistência e a tutela, e a relação de autoridade sob constante enfrentamento. O agir no lugar da *contradição*, o construir desconstruindo. No início a assim chamada Casa dos Horrores não possuía uma estrutura hospitalar, foi necessário estruturá-la, humanizá-la, até que pudéssemos vivenciar os limites de um manicômio bem administrado e construíssemos, a partir de seu interior, a sua superação, a sua desmontagem.

Como estratégias de ação foram produzidos alguns consensos e a partir destes, de cada sujeito e das relações estabelecidas, os caminhos foram sendo percorridos, sem o predomínio de uma técnica, sem a configuração de um modelo hegemônico:

- Não à qualquer tipo de violência institucionalizada
- No lugar da ordem estabelecida, da norma, foi instalado um fórum constante de discussões, confrontos, negociações, convencimentos, debates, iniciativas: *caos* produzido e administrado coletivamente.

“A primeira vista, o céu estrelado impressiona-nos pela sua desordem, é um amontoado de estrelas, dispersas ao acaso. Mas, olhando outra vez, aparece uma ordem cósmica, imperturbável cada noite, aparentemente desde sempre, e para sempre, o mesmo céu estrelado, cada estrela no seu lugar, cada planeta realizando o

seu ciclo impecável. Mas vem um terceiro olhar: vem porque há injeção de uma nova e formidável desordem nesta ordem; vemos um universo em expansão, em dispersão, as estrelas nascem, explodem, morrem. Este terceiro olhar exige-nos que concebamos conjuntamente a ordem e a desordem; é necessária uma binocularidade mental, posto que nós vemos um universo que se organiza desintegrando-se” (MORIN)².

- No lugar da anomia o resgate de histórias, o despertar de interesses, o reconhecimento de necessidades, a descentralização de responsabilidades.
- A atemporalidade da vida institucional e a presença de horários rígidos que visavam apenas a manutenção da instituição, bem como a normatização dos sujeitos foram enfrentados; foram abolidos horários de banho, dormir, assistir tv, etc; os internos passavam a reger estas e outras atividades de acordo com ritmos próprios. Horário de visita também foi abolido; a comunidade passava a exercitar a apropriação do serviço público e já não precisa de autorização para entrar e sair.
- Com relação aos espaços, os espaços proibidos, massificados, despersonalizados, voltados para o controle, também foram sendo transformados: as paredes simbólica e concretamente foram se tornando *porosas*, passíveis de serem derrubadas, as portas cada vez mais abertas e a sala do interventor, o espaço da administração, o saguão de entrada, o refeitório, bem como outros anteriormente tidos como espaços dos sãos, se abriram a entrada de pacientes, funcionários, familiares e imprensa. O princípio do isolamento, um dos pilares do Modelo Asilar, é posto em questão e o convívio com a diversidade é o norte e o desafio que se coloca a todos.
- Os internos passavam a poder ter, possuir:

espaços individualizados, objetos, sonhos, opiniões, hábitos, necessidades, reivindicações. Nas intervenções a busca da autonomia, emancipação, construção e resgate da cidadania do usuário.

- Atividades como assembleias diárias, saídas externas, festas abertas à comunidade, reuniões com familiares, mostras de vídeo e discussões no território, bem como acompanhamentos individualizados, barcavam o cotidiano em transformação: a voz dos internos se fazia ouvir mais e mais.

Expressão de necessidade gerando ações, ações transformando as próprias necessidades, necessidades resignificando as próprias ações... Necessidade de ser, *projetualizar* e trocar por parte dos internos apontando necessidade de recursos materiais: início das frentes de trabalho. A laborterapia, expropriação da força de trabalho dos internos e importante instrumento de adesão e produção da ordem, herança do chamado Tratamento Moral, cuja noção de cura é sinônimo de normatização e inserção no sistema produtivo, foi abolida a partir de intensas e contínuas discussões com os chamados laborterápicos, internos anteriormente responsáveis por tarefas de manutenção da instituição, tais como faxina, lavanderia, contenção de pacientes no leito e em celas fortes. No percurso estes internos passaram a ser considerados *hóspedes* e a ter livre acesso à instituição até que reunissem condições, a partir da entrada no mercado formal de trabalho ou mesmo através da participação nas frentes de trabalho, de arcar com suas próprias moradias.

Ainda com relação a necessidade de moradia ou de moradia protegida, foi criado, a princípio no interior do espaço hospitalar, o Espaço-Casa, simultaneamente resposta e instrumento a Casa foi construída com a participação de cinco internas, futuras moradoras. Os critérios para a escolha das cinco primeiras moradoras foram: o alto

grau de institucionalização, os longos anos de internação e perdas de vínculos com o externo. O Espaço-Casa foi construído na chamada maloca, lugar das celas fortes, destinadas àqueles considerados piores, perigosos, sem esperança.

Transformar o espaço do horror, da ameaça, do castigo, do abandono em espaço da beleza, do acolhimento, do reaprendizado, do direito, foi um desafio a nível do real e do imaginário para todos nós; a cada parede das celas fortes derrubada se ampliava o espaço da realidade e do sonho para novas possibilidades de vida. O projeto de moradia ganhou o espaço da cidade e se fixou no bairro do Macuco pelo período de 2 anos. A partir do segundo semestre de 1993 foi criada a República, hoje espaço de moradia para 17 usuárias, no bairro da V. Belmiro.

Em setembro de 1989, quatro meses após o início da intervenção, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, assim batizado pelos usuários, trabalhadores e comunidade, diretamente envolvidos na sua construção. A escolha da Zona Noroeste da cidade, como primeira região a contar com um NAPS, se deu devido à grande necessidade de políticas públicas e sociais na região, ao grande número de internos provenientes daqueles bairros e ao próprio avanço da discussão do trabalho desenvolvido e dos princípios que norteavam este trabalho junto à comunidade local. O segundo Núcleo, localizado na região Central da cidade, surgiria um ano depois.

Pacientes, moradores, “*hóspedes*”, usuários, contradições que impulsionaram o avançar. Usuário no sentido daquele que se utiliza de um bem público, que recebe uma prestação de serviço que a ele se destina, na qual ocupa um lugar central e participativo; mais que uma troca de termos, passa a apontar para o campo da cidadania, da relação com o louco enquanto sujeito de direitos em contraposição ao louco-paciente, objeto passivo das nossas intervenções.

A cada vez que o questionamento em relação a este processo diminuía, a cada vez que era percebida uma reacomodação institucional, recolocávamos em movimento a organização. Um dos momentos que consideramos bastante significativo: a divisão estrutural da Casa de Saúde Anchieta em duas alas, masculina e feminina, servia de pano de fundo para a configuração, entre outros, de estereótipos e mistificações; não vinha sendo suficiente a vivência de atividades coletivas conjuntas, visto que a existência de muros separando homens e mulheres nos demais momentos seguia reproduzindo relações à margem da realidade. Trabalhadores diziam se sentir preparados a atender somente homens ou exclusivamente mulheres e falas redutivas, abstratas e estereotipadas, foram se fazendo ouvir:

"Mulheres são briguentas, escandalosas";
ou:

"Eu não conseguiria trabalhar do outro lado".

Neste momento, como estratégia, as enfermarias foram regionalizadas e os indivíduos passaram a ser internados segundo o seu local de proveniência, sendo portanto atendidos pela mesma equipe a cada reinternação, o que possibilitou um contato de maior proximidade e continuidade da equipe com os pacientes e com a região sob sua responsabilidade.

O contexto de vida do paciente adentrava a instituição e a necessidade de superação desta se colocava cada vez mais presente. A cada Núcleo de Atenção aberto em determinada região as enfermarias correspondentes foram sendo fechadas. No momento, ainda sob intervenção, a Casa de Saúde Anchieta serve de espaço físico para alguns projetos e serviços das Secretarias Municipais, como por exemplo o “Projeto Geração 2001”, voltado para garotos e garotas de rua, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) daquela região e o Núcleo de

Atenção ao Toxicodependente (NAT), fundado em 1995.

“O objeto da psiquiatria pode e deve ser, não a periculosidade ou a doença, e sim a existência sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, (...) o mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do campo da sociedade”. Faz-se necessário desmontar este conjunto para entrar em contato com esta existência dos pacientes enquanto “existência-sofrimento” (ROTELLI)⁴.

O Projeto de Saúde Mental de Santos conta hoje com as seguintes estruturas substitutivas, construídas na transformação e reconversão de recursos materiais e humanos a partir do interior do hospital psiquiátrico:

REPÚBLICA MANEQUINHO, estrutura de suporte social, já citada anteriormente.

UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL que congrega as várias frentes de trabalho (projeto separação de lixo reciclável, projeto limpeza de caixa d'água, projeto vendas, projeto cantina, projeto de manutenção de praças e jardins, projeto oficina de artesanato, projeto de construção civil, projeto marcenaria, projeto “consertando”- de serviços gerais).

CENTRO DE CONVIVÊNCIA TAMTAM, espaço artístico, facilitador de trocas sociais, emissor de mensagens culturais.

NÚCLEO DE ATENÇÃO AO TOXICODEPENDENTE.

NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (cinco Unidades) tendo como características gerais:

- **Complexidade** - instituição destinada a responder às mais diversas necessidades inclusive à crise. Partimos da constata-

ção que a divisão da atenção em estruturas hierarquizadas (primária, secundária e terciária) se relaciona com o hospital psiquiátrico como dono de uma pseudo-complexidade capaz de responder aos chamados casos graves, o que na prática não é mais do que a reafirmação do manicômio como lugar reservado ao psicótico, concretização da carreira psiquiátrica.

- **Flexibilidade** - instituição de fácil acesso, capaz de dar respostas rápidas, de se fazer presente, de se adequar ao imprevisível; uma estrutura o menos burocrática possível:
 - o usuário que chega ao serviço pela primeira vez é atendido de imediato. Embora algum agendamento seja utilizado para facilitar a organização, o usuário já em acompanhamento obtém atenção no momento de sua necessidade, se não através do profissional que o acompanha mais de perto ao menos por parte de algum elemento da equipe;
 - não é necessário encaminhamento institucional, o usuário pode procurar o serviço espontaneamente, ou por sugestão de amigos ou familiares;
 - o usuário muitas vezes é atendido no próprio domicílio; algumas situações são mediadas por telefone;
 - uso de um Livro Diário que dá possibilidade à equipe de se comunicar de forma rápida e socializar conhecimento em relação ao usuário, seu percurso, suas necessidades, bem como articular ações e/ou projetos que tentem vir ao encontro destas necessidades.
- **Regionalização** - compreendendo região não somente como uma demarcação demográfica, geográfica, mas como um espaço dono de características próprias, espaço a ser descoberto, percorrido, adentrado pelo serviço. Espaço possuidor de necessidades a serem codificadas, satisfeitas. Espaço possuidor de

linguagem, costumes, valores, recursos. Neste sentido não fazemos seleção de demanda por diagnóstico, complexidade ou competência e buscamos atender as demandas acompanhando o usuário em seu circuito de vida.

- **Porta aberta** - o que não significa necessariamente tratamento voluntário, mesmo que este possa ser visto como um possível indicador de qualidade do serviço. O usuário que se vir obrigado a se submeter a intervenções do serviço terá acompanhamento intensivo no sentido de que esta atenção lhe seja garantida. Como não conta com portas fechadas a equipe se reveza no acompanhamento 24 horas ao usuário e articula recursos os mais variados na tentativa de oferecer algo que vá ao encontro das necessidades da pessoa em sofrimento e possibilite que a mesma se coloque na condição de participante do processo de atenção.

O NAPS é aberto 24 horas por dia, sete dias na semana. Possui de seis a oito leitos destinados à hospitalidade noturna que pode se dar nas mais variadas situações:

- quando não está sendo possível para o serviço uma articulação que possibilite ao indivíduo em sofrimento cuidados e acolhimento em seu espaço de vida, não sendo utilizada como resposta “natural” e automatizada à crise;
- nos momentos em que a carga de emoções presentes nas relações estabelecidas no local de moradia do usuário esteja bastante elevado e onde um distanciamento momentâneo possa favorecer uma diminuição das tensões e um repensar os acontecimentos;
- quando algum usuário vivencia situações importantes de insegurança e/ou solidão e procura o serviço no sentido de dialogar ou mesmo pernoitar ali;
- quando existem necessidades práticas,

como por exemplo a necessidade de um usuário ter um local para dormir enquanto procura um quarto para alugar.

No período diurno o NAPS dá atenção à crise, oferece acompanhamento individualizado, propicia a participação do usuário e do familiar em espaços coletivos que se propõem como espaços de escuta, do diálogo, do compartilhar, do acolhimento, da problematização, da criação, da organização, da participação; se oferece como espaço social - lugar de encontro, de trocas, do fazer amigos, e espaço de referência - lugar aonde ir. Ainda no que se refere às ofertas do serviço: medicação, possibilidade de higienização, alimentação e transporte, atenção domiciliar, acompanhamento no cotidiano, acompanhamento à família, intervenção no território.

A atenção domiciliar se dá nos seguintes contextos: atenção à crise, reconhecimento das condições de vida do usuário, organização do domicílio, reconhecimento e intervenção na dinâmica familiar, mediação de eventuais conflitos, informação e discussão com a comunidade a respeito do Projeto de Saúde Mental desenvolvido, potencialização e integração de recursos coletivos ou individuais comunitários, entre outros.

O acompanhamento no cotidiano busca criar junto ao usuário possibilidades de lazer, de “reinserção” na comunidade, de conquista ou reconquista de autonomia, de organização da vida e de ter garantido na crise direitos básicos como o de ir e vir.

O acompanhamento familiar individualizado, bem como os espaços coletivos de trabalho junto à família, vêm apresentando altos e baixos e pode ser considerado um indicador de avanços, possibilidades e dificuldades no trabalho com o/no território. As intervenções visam:

- a diminuição do nível de tensão que possibilite a reinstauração do diálogo familiar;
- o reconhecimento de desejos, necessidades,

dificuldades, fantasias, expectativas, hábitos e valores que facilitem a contextualização no percurso individual, familiar e social das alianças, rupturas, posições ocupadas na história familiar;

- uma ruptura no exercício de papéis cristalizados e na ocupação de lugares estancos; como por exemplo, no que se refere ao louco, uma transformação do lugar ocupado no imaginário social e familiar do perigoso, irresponsável, incapaz, inválido, incompreensível e no que se refere ao familiar, do lugar do omissos, culpado, informante;
- a busca de alternativas de transformação das relações e da melhoria da qualidade de vida possibilitando que os sujeitos envolvidos se coloquem enquanto protagonistas de mudanças que possam vir a ocorrer.

A equipe técnica, quando completa, conta com cerca de 40 pessoas, 22 das quais auxiliares de enfermagem; esta equipe se organiza nos períodos da manhã, tarde e noite, sendo que o noturno é coberto em revezamento pelas próprias pessoas dos demais períodos, o que possibilita aos chamados plantonistas o conhecimento dos usuários em geral, bem como de seus percursos institucionais e dos possíveis projetos terapêuticos delineados. A atenção noturna é de responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, com retaguarda de um psiquiatra lotado no Pronto Socorro Geral. Podemos detectar como características fundamentais da equipe a necessidade/capacidade de tomar decisões rápidas, o alto nível de flexibilidade necessário, a tentativa de socialização do saber/descentralização do poder, as ações e reflexões conjuntas.

Como instrumento e conquista deste processo podemos contar também com a Associação Franco Rotelli, entidade que congrega usuários, familiares e trabalhadores do Projeto de Saúde Mental de Santos e integra o Movimento de Luta Anti-

Manicomial, e com a Cooperativa Paratodos, surgida neste processo a partir das frentes de trabalho.

Com o objetivo de possibilitar ao leitor uma maior compreensão do processo de Atenção em Saúde Mental no município de Santos destacaremos, entre os múltiplos recortes cotidianos possíveis, um momento de atenção à chamada situação de crise. Esta escolha, diferentemente do que aparentemente possa sugerir, não denota, na assistência prestada, um lugar central da resposta às situações de crise; a centralidade das ações vêm se colocando na busca contínua e conjunta de respostas às mais diversas necessidades dos usuários e seus familiares e se contrapõe à assistência clássica, produtora de intervenções normatizantes que visam tão somente a remissão dos sintomas, a administração da crise.

"Se a loucura é na maioria das vezes a forma mais caricatural do nosso ser replicante, esta é a caricatura de uma repetição. Em cada caso ocorrerá imaginar que a única coisa sensata possível é a desinstitucionalização daquela cena, a invenção de um outro modo, a criação de oportunidade, de possibilidade, de probabilidade para o usuário" (ROTELLI)⁴.

Optamos por privilegiar no presente texto a situação abaixo descrita por reconhecermos, na chamada atenção à crise, o terreno e o instrumento onde tradicionalmente o paradigma psiquiátrico se coloca e se reproduz de maneira quase que absoluta.

CAMINHANDO COM ANTONIA...

Antonia tem hoje 52 anos de idade, passou parte de sua infância e adolescência em "abrigo de menores" após decisão judicial que considerou sua mãe incapaz de lidar com ela e os irmãos.

"Minha mãe bebia e vivia internada",

quase justifica Antonia, com frase bastante comum, quase banal, esvaziada de sentido; frase código da desesperança, da dor, cristalizada no vazio do seu entorno, do destino vivido como dado, cujo único movimento possível parece ser o da eterna repetição.

Em relação ao pai Antonia nada comenta. Quando foi separada da mãe tinha a idade de seis anos, os demais irmãos eram ainda menores. As instituições totais desde muito cedo estiveram presentes em sua vida, bem como na da sua família, e assim, entre outros, Antonia segue contando sua história onde o que a diferencia das demais é quase somente o sujeito das frases e não o seu destino: objeto de sujeição. Vidas enquadradas? Se pudermos ouvi-la, no entanto, se pudermos acompanhá-la no percurso de sua vida, poderemos perceber em sua fala institucionalizada a fala da vergonha, do medo, da dúvida, da desilusão, da tristeza, da raiva, da desconfiança. Da saudade? Da possibilidade?

Antonia também “viveu internada”, dos dois filhos que teve um foi assassinado ainda garoto, havia passado pela FEBEM algumas vezes como infrator; o mais velho, ainda pequeno, Antonia havia deixado com uma pessoa para criar e conseguido manter algum contato. Sua vida oscilou entre prostituição e internações psiquiátricas, alternadas por “oásis” de dona-de-casa quando, menos por amor e mais por outras necessidades, inclusive financeira, viveu em companhia.

Antonia não nos coloca muito de sua história, quando o faz explícita a condição de não registrarmos em prontuário.

Estava internada na Casa de Saúde Anchieta quando do início da intervenção municipal naquela instituição e demonstrou dificuldade em aceitar a possibilidade de passar a viver fora dali. Seu companheiro havia morrido, seu barraco havia sido desfeito, seus objetos desaparecido. Com o

filho, morador de outra cidade, já havia, após uma discussão, rompido contato. Antonia não se sentia com nada nem ninguém do lado de fora, não se sentia confiante. A desconfiança se intensificava nos momentos de crise quando Antonia vivia o afeto como impossibilidade e as aproximações como jogos de interesses. Parecia não se sentir podendo ser querida, apenas usada.

Antonia precisou de alguns meses desde que o NAPS entrou em funcionamento para aceitar ser internada ali, para avançar na construção da possibilidade de arriscar se aproximar de uma forma de atendimento que não totalizasse sua vida, e na configuração de uma vida mais autônoma. Possibilidade do novo, um futuro possível? Antonia se manteve por um período sendo atendida conjuntamente pelas duas instituições (NAPS-Anchieta), tempo de despedidas, tempo de encontros, tempo de relação conflituosa entre os tempos pessoal e institucional. A primeira crise vivida e acolhida em espaço aberto significou também o seguir em frente, era possível estar louca sem romper com o mundo.

Antonia avançou concomitantemente com o processo de desinstitucionalização da assistência; no NAPS passou a ser atendida por uma equipe que já a conhecia do primeiro ano de intervenção, em sua participação nas frentes de trabalho passou a ser seguida por parte da equipe que a havia acompanhado na saída da Casa de Saúde Anchieta. Coletivamente a imagem e a vivência da loucura como falta, como desvalor, como crime a ser escondido, como conduta vergonhosa, como individualidade a ser reparada, vem sendo desmontada.

A crise mais recente teve como pano de fundo a impossibilidade de Antonia arcar com o aumento do aluguel do quarto de cortiço em que mora há 6 anos, bem como preocupações com o seu estado clínico, que

inspira cuidados. Possíveis incertezas de seu estar no mundo deram rosto ao seu sofrimento: medo de morrer, medo de que o filho, elo íntimo e ainda distante, pudesse estar morrendo, medo de perder sua casa. Medo, perda, medo da perda.

Em aparente tentativa de superar uma vivência de ruptura-diluição no mundo, de impedir um destino replicante, Antonia pareceu-nos tentar expandir e reafirmar sua presença, seu lugar: mostrou-se invasiva, autoritária, agressiva; vestiu-se de guerreira em desesperado combate. Nos oferecemos como seus aliados, tentando repropor outras armas, possibilitar conexões, reconexões, com recursos menos limitantes, menos polarizados; tecer possibilidades alternativas.

Acompanhar Antonia na crise significou, de nossa parte, a intensificação da disponibilidade de escuta e da busca de contato, das tentativas de resignificar e historicizar junto a ela o momento presente, do acompanhamento em seus espaços de vida, em suas relações, em suas ações. E significou desta vez hospedá-la várias noites no NAPS, algumas noites acompanhá-la à casa para dormir, discutir com a mesma no sentido de fortalecê-la para uma nova tentativa de renegociação do aluguel, acompanhá-la a estabelecimentos comerciais, passeios, consultas clínicas, enfim, auxiliá-la na satisfação de necessidades, desempenho de possibilidades, assunção de responsabilidades. Para tal Antonia não contou somente com os profissionais do NAPS: vínhamos investindo já há algum tempo na relação da mesma com uma outra usuária através da potencialização de vivências conjuntas dentro e fora da Unidade. Este vínculo foi se estruturando e se fortalecendo, tanto que espontaneamente Joana, a usuária em questão, se prontificou a acompanhar Antonia à casa, no período de crise, e a ajudá-la nos afazeres domésticos. Solidariedade?

Outras atitudes de tentativa de aproximação puderam ser reconhecidas, como a de uma vizinha batendo à sua porta para saber se estava se sentindo melhor a companhia

de conversa das noites solitárias. Ainda em crise Antonia renegociou, com a pessoa que subaluga os quartos do cortiço em que vive, o preço do aluguel.

Antonia esteve só por alguns momentos neste período e chegou a vivenciar situações tensas com algumas pessoas, como por exemplo com o dono da mercearia onde comprou algo sem ter como pagar e de onde foi expulsa de forma brusca. Estamos nos propondo no momento a refazer com Antonia este circuito, no sentido de buscar uma maior compreensão nossa, dela e das demais pessoas envolvidas com relação às situações ocorridas e outras possíveis formas de enfrentá-las.

Para concluir tomamos emprestado as reflexões de DELL'ACQUA, MEZZINA¹ no texto "Resposta à crise":

"Responder às necessidades é antes de tudo fornecer instrumentos de reprodução social e de melhoria da qualidade de vida; promove pouco a pouco profundas transformações na operatividade e na filosofia do serviço, incrementa a contratualidade do paciente e a confirma no interior do seu contexto. Além disso, se o próprio tempo de resposta à necessidade tende a se reduzir e quase a se adequar à demanda urgente colocada pelo paciente em crise, este será um importante fator na resolução da mesma."

E ainda:

"O trabalho que se desenvolve em torno à crise como "resposta à necessidade", continuamente oferece aos operadores um nível real de relação possível: permite a tradução imediata da linguagem técnica em termos de problemas concretos; bloqueia a tendência da psiquiatria de expelir da intervenção, como escórias, tudo aquilo que se relaciona à materialidade da vida; favorece um intercâmbio concreto entre os diversos sujeitos que atuam; promove um "caminhar com o paciente".

NASCIMENTO, S.P.S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.5-14, jan./abr., 1997.

NASCIMENTO, S.P.S. The process of the dissolution of asylum care pattern in mental health: Santos, São Paulo experience. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 1, p.5-14, jan. / abr., 1997.

ABSTRACT: The objective of this article is to exchange concepts and actions that could lead to a reflection and a debate about the construction of a new approach to Mental Health, currently underway in the city of Santos, São Paulo. The strategy and the north of the process, started on May 3, 1989 with the municipal intervention in the “Casa de Saúde Anchieta”, was to abolish and supersede the psychiatric institution as the unquestionable structure, source of practices, knowledge and culture. In this process, the psychiatric hospital was abolished and a net of assistance sites replacing the Asylum pattern was implemented.

KEYWORDS: Health policy, trends. Deinstitutionalization, trends. Municipal management. Health care reform. Mental health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In : DELGADO, J., org. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991. p. 71-2.
2. MORIN, E. *Ciência com consciência*. Portugal : Europa-América, 1982. 71p.
3. ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In : NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 61-4.
4. ROTELLI, F. A instituição inventada. In : NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 89-99.