

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

LUCIMAR APARECIDA GARCIA CONEGLIAN

**CIDADANIA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA CONTEMPORANEIDADE DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PARADOXOS E CONTRADIÇÕES**

**PONTA GROSSA
2017**

LUCIMAR APARECIDA GARCIA CONEGLIAN

CIDADANIA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA CONTEMPORANEIDADE DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PARADOXOS E CONTRADIÇÕES

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em
Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de
Ponta Grossa (PR). Área de Concentração: Cidadania e
Políticas Públicas. Linha de pesquisa: História, Cultura e
Cidadania.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fátima Gonçalves Cavalcante
Co-orientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro

PONTA GROSSA
2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

C747 Coneglian, Lucimar Aparecida Garcia
Cidadania e as práticas de cuidado na contemporaneidade da reforma psiquiátrica brasileira: paradoxos e contradições/ Lucimar Aparecida Garcia Coneglian. Ponta Grossa, 2017.
298f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientadora: Prof^a Dr^a Fátima Cavalcante.

Coorientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro.

1.Reforma Psiquiátrica. 2.Cidadania. 3.Pessoa com transtorno mental;. 4.Loucura. 5.CAPS. I.Cavalcante, Fátima. II. Leandro, José Augusto. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas. IV. T.

CDD: 362.3

TERMO DE APROVAÇÃO

Lucimar Aparecida García Coneglian

CIDADANIA E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA CONTEMPORANIEDADE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PARADOXOS E CONTRADIÇÕES

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 29 de maio de 2017.

Assinatura pelos Membros da Banca:

Fátima G. Cavalcante

Prof.^a Dra. Fátima Gonçalves Cavalcante – UVA - Presidente

Maria Lucia Boarini

Prof.^a Dra. Maria Lucia Boarini – UEM – Partic. Externo

Marcelo Henrique da Costa

Prof. Dr. Marcelo Henrique da Costa – UVA- Partic. Externo

Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros

Prof.^a Dra. Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros – UEPG – Partic. Interno

Jussara Ayres Bourguignon

Prof.^a Dra. Jussara Ayres Bourguignon – UEPG - Partic. Interno

Prof. Dr. Annibal Coelho Amorin – FIOCRUZ – Suplente Externo

Prof.^a Dra. Maria Julieta Weber Cordova - UEPG – Suplente Interno

Dedico este estudo

Para minha mãe e minha filha, cujo tempo de convívio foi roubado em nome da alegria de estudar. Elas compreendem e apoiam minhas loucuras.

Para meu pai (*in memoriam*), que me fez apreciar os estudos e as leituras: ele teria sentido orgulho.

Para Vanira (*in memoriam*) e Moisés (*in memoriam*), duas pessoas com transtorno mental com que compartilhei vida no cotidiano de um CAPS e que tanto me ensinaram, cada uma ao seu modo: de um lado, a dor da exclusão e da invisibilidade social, da não existência enquanto pessoa; e, no contraponto, a alegria da existência sem pudor, pela autopermissão em ser diferente com festivo enfrentamento ao estigma, cantando na rua sem reservas de ser feliz na diferença.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Fátima Gonçalves Cavalcante, por ter acreditado em mim e no meu projeto de estudo. Seu afeto e tranquilidade me ajudaram a persistir nessa empreitada. Ela enxergou aquilo que, quer por cansaço, quer pela excessiva proximidade ao objeto, eu não mais enxergava. Suas contribuições foram fundamentais no resultado final deste estudo.

Também agradeço aos coorientadores – Prof. Dr. José Augusto Leandro, do Programa de Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG, e Prof. Dr. Fernando Fontes, do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra –, que fizeram contribuições oportunas em diferentes momentos deste percurso.

Agradeço aos membros da banca que, por ocasião da minha qualificação, fizeram análises e observações que me estimularam na revisão de caminhos e, por ocasião da defesa, somaram às reflexões apresentadas: Prof.^a Dr.^a Jussara Ayres Bourguignon, Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Boarini, Prof. Dr. Paulo Amarante, Prof.^a Dr.^a Solange Ap. Barbosa de Moraes e Prof. Dr. Marcelo Henrique Costa.

Agradeço ao Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, ao abrir uma porta que ampliou meu mundo e iluminou minha pesquisa. A todos os professores que entrevistei em meu período de permanência em Portugal, que, em diferentes graus e por diferentes óticas, contribuíram para o que ora está posto.

Um agradecimento especial ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas e aos seus professores, aqui representados pelas Coordenadoras Prof.^a Dr.^a Jussara Ayres Bourguignon e Prof.^a Dr.^a Edina Schimanski, que oportunizaram esclarecimentos, apoio e receptividade às minhas demandas.

Agradeço à CAPES pela prestimosa oportunidade de experimentar um período de estudos sanduíche, disponibilizando uma bolsa de estudo, sem a qual eu não conseguiria ter tranquilidade emocional e financeira para viver seis meses fora do Brasil. O período de doutoramento sanduíche foi decisivo para o amadurecimento dos meus estudos.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (PR) por ter autorizado a realização da pesquisa e, principalmente, ao grupo de profissionais e usuários do CISAM/CAPS III e CAPS Canção pela acolhida generosa.

Agradeço à Associação Maringaense de Saúde Mental, em especial nas pessoas de Antonio Cláudio e Eda, que foram prestimosos em facilitar meu acesso ao trabalho.

Agradeço a meus colegas de trabalho do CAPS de Castro pela compreensão em relação às minhas ausências na busca por respostas para tantas perguntas que (com)partilhamos. Em especial, agradeço à Meryhlen Moura Chacon, que em uma oficina de trabalho desenvolveu com os usuários uma atividade de reflexão com a temática da cidadania das pessoas com transtorno mental. O resultado desse trabalho

me encantou e me deixou intrigada e motivada para aprofundar o estudo que ora apresento.

Agradeço aos usuários e familiares do CAPS em que sou trabalhadora, que cotidianamente trazem questões que me ensinam e inundam minha alma de reflexões.

Agradeço à minha família, em especial à minha filha Carolina, à minha irmã Luizene, e a meus irmãos Sandro, Arnaldo, Diogo e César – cada um a seu modo contribuiu para minha tranquilidade nos momentos em que não foi possível estar próxima de minha querida mãe. Um agradecimento afetuoso para meu irmão Arnaldo, que percorreu comigo muitos quilômetros para os contatos iniciais e a coleta das autorizações de pesquisa. Também agradeço a Alan Adkins – que já compõe minha família – e Sandro, pela assistência nas traduções.

Um agradecimento especial para Luiz Fernando Gualda Pereira, pelo cuidado e respeito com que tratou o meu texto na fase de revisão. Grata pela paciência!

Agradeço a José Augusto Leandro, que também é minha família, por ter acreditado em mim e me reinserido no campo acadêmico, ainda no período de mestrado, permitindo que eu resgatasse a alegria de trabalhar com saúde mental em saúde pública, sabendo o que estava fazendo.

Agradeço à minha colega Andrea Martins pelos muitos momentos de troca e (com)paixão nessa trajetória de estudo: compartilhamos vida em Coimbra e você já faz parte da minha família.

E, escrevendo este texto, penso o quão bom é ter tanto e tantos a agradecer. Assim, um agradecimento à vida, que tanto me tem dado.

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve ciudades y charcos
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu patio*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me dió el corazón que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano
Cuando miro el bueno tan lejos del malo
Cuando miro el fondo de tus ojos claros*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto*

Gracias la vida... gracias a la vida

Violeta Parra

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo identificar como se configuram os sentidos e significados do constructo cidadania na contemporaneidade da Reforma psiquiátrica brasileira e no cotidiano de cuidados de um Centro de Atenção Psicossocial e de um dispositivo associativo. Trata-se de uma investigação teórica, documental e qualitativa que triangulou métodos e analisou as diferentes epistemologias historicamente presentes neste constructo, incluindo visões rivais, paradoxais, contraditórias e complementares. O estudo foi efetivado através de diferentes óticas, partindo do resgate histórico e conceitual de cidadania pelos ângulos da clínica asilar e da clínica de cuidado psicossocial; pela perspectiva da cidadania nos documentos oficiais nacionais e internacionais, com destaque para os documentos do movimento da sociedade civil organizada e dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental; pelo cotidiano de cuidados de um Centro de Atenção Psicossocial e de uma Associação de Usuários e Familiares. O trabalho no conjunto, em seus componentes históricos e documentais e os colhidos no campo, foi submetido a uma análise Hermenêutico-Dialética. Não é possível conceber cidadania sem participação e inclusão, o que remete à constatação de que a cidadania é relacional, visto que ela não existe fora de um território e de um grupo social. Considerando os dados analisados, foi possível identificar que existem dificuldades de diferentes ordens na inclusão das práticas cidadãs no cotidiano de cuidados de serviço CAPS: presença de modelo verticalizado com predomínio de uma disciplina em detrimento de outras, foco nos sinais e sintomas e tratamento medicamentoso, atitudes protetivas que, de forma implícita, remetem à desqualificação das pessoas em tratamento, supremacia de ações com caráter humanitário para além de um cuidado que preze por ações inclusivas e de resgate à cidadania. Conclui-se que as categorias fundantes da psiquiatria e dos direitos do homem, tais como o princípio da racionalidade e o princípio da igualdade, são nucleares na definição do lugar social ocupado pelas pessoas com transtorno mental e estão umbilicalmente associadas com as dificuldades para concretizar os pressupostos de sua existência cidadã.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Cidadania. Pessoa com transtorno mental. Loucura. CAPS. Saúde Mental.

ABSTRACT

This thesis has as goal of identifying how the sense and meaning of being a person with mental health is configured on the Brazilian Psychiatric Reform, on the routine operations in one Center of Psychosocial Care (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS) and on a local community association. It's a theoretical, documentary and qualitative investigation that triangulates methods and analyzes different epistemologies, which are present in the concept of wellbeing and mental health problems, including many rival, paradoxical, contradictory and complementary visions. The work was made from different perspectives, starting with one theoretical and conceptual study of the significance of being a mental health Patient, using the perspectives of the asylum clinic system and the psychosocial care clinic; it considers the perspective of human rights in national and international official documents, highlighting those that come from the wide range of civil society organizations and from the National Conferences on Mental Health reports and on the praxis of one Center of Psychosocial Care and one local Family and Users Association for Mental Health. The work as a whole was submitted to a hermeneutic-dialectic analysis. Is not possible to think of mental health without inclusion. This refers to the finding that a patient with mental health disorder is relational since it does not exist out side of the territory of a social group. Considering the analyzed data it was possible to identify that there are difficulties of different orders in the inclusion of practices with citizenship in the assistance: the presence of a vertical model with the supremacy of one discipline to the detriment of others, focus on the signals and symptoms and drug treatment, protective attitudes that implicitly refer to disqualify people under treatment, domination on humanitarian character actions besides the appreciation of inclusive actions of rescue of citizenship. It is concluded that the categories that founded Psychiatry and human rights, such as, the principle of rationality and the principle of equality are nuclear of the definition of the social place occupied by people with mental disorder; also associated with difficulties to achieve the assumptions of the human being existence.

Keywords: Psychiatric Reform. Citizenship. Person with mental disorder. Madness. CAPS. Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Visão panorâmica das Conferências Nacionais de Saúde Mental	154
Quadro 2 –	Terminologia adotada pelas quatro Conferências Nacionais de Saúde mental e presente nos respectivos relatórios	170

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Região de abrangência da 15ª Regional de Saúde do Paraná, com detalhamento dos municípios integrantes.	188
Figura 2 – Fluxograma da Saúde Mental em Maringá	194
Figura 3 – Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental em Maringá (PR) - 2014.	196

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos hospitais psiquiátricos, por natureza, Brasil - 1941/97.....	69
Tabela 2 – Distribuição de entidades relacionadas com a Saúde Mental e apresentadas pela Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE)	129
Tabela 3 – Prevalência de pessoas com transtorno mental na cidade de Maringá, 2016	195

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABRE	Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AFDM	Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil
AMA	Amigos dos Autistas
AMSM	Associação Maringaense de Saúde Mental
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CES	Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra – Portugal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CMNP	Companhia Melhoramentos Norte do Paraná
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESB	Equipes de Saúde Bucal
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FLAMAS	Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba
FNERDM	Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais
GAM	Gestão Autônoma de Medicação
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RT	Residências Terapêuticas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
I CNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
IV CNSM-I	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – VIGILÂNCIA EPISTEMOLÓGICA DO CONSTRUCTO	
CIDADANIA – PERCURSO METODOLÓGICO	28
1.1 DETALHAMENTO DAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS	29
1.2 ECOLOGIA DE SABERES SOBRE CIDADANIA E PRÁTICAS DE CUIDADO	30
1.3 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS PARA ESTUDO DO CONSTRUCTO CIDADANIA	33
1.3.1 Estudo teórico da loucura na história.....	34
1.3.2 O constructo cidadania nos movimentos políticos e sociais	34
1.3.3 Cidadania e garantia de direitos	37
1.3.4 Estudo de caso: o CAPS e a Associação de Usuários e Familiares.....	38
1.4 CONTRIBUIÇÕES DE UM DOUTORADO SANDUÍCHE EM PORTUGAL ..	44
1.5 METAMORFOSE DE UM TRABALHO DE CAMPO: REDEFININDO ESCOLHAS	45
CAPÍTULO 2 – A LOUCURA NA HISTÓRIA - DA MORTE SOCIAL AO CUIDADO PSICOSSOCIAL EM TERRITÓRIO	49
2.1 O PARADIGMA DA SEGREGAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DA PSQUIATRIA.....	52
2.2 O PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL E AS CRÍTICAS AO TRATAMENTO MENTAL	56
2.3 OS PRIMÓRDIOS DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS E MÉDICAS NO BRASIL.....	64
2.4 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, HOSPITALIZAÇÃO E INDÚSTRIA DA LOUCURA	69
2.5 SURGIMENTO DA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS	73
2.6 AVANÇOS E RECUOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	77
2.7 MODOS DE CUIDADO ASILAR E PSICOSSOCIAL: PARADIGMAS CONTRADITÓRIOS	82
CAPÍTULO 3 – A CIDADANIA DO LOUCO E AS PERSPECTIVAS QUE PERMEIAM AS NOVAS FORMAS DE CUIDAR.....	87
3.1 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DO CAMPO SOCIAL	89
3.2 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A PREMISSE DA DESRAZÃO	97
3.3 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – A PREMISSE DA IGUALDADE	107
3.4 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS.....	110
3.5 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO QUE PERMEIA O CUIDADO NOS SERVIÇOS ABERTOS DE ATENÇÃO, EM ESPECIAL OS CAPS ...	116
3.6 A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ DO LOUCO NOS MOVIMENTO SOCIAIS BRASILEIROS.....	126

CAPÍTULO 4 – CIDADANIA E GARANTIA DE DIREITOS – MOBILIZAÇÃO SOCIAL E LEGISLAÇÃO NA SAÚDE MENTAL	135
4.1 CIDADANIA PRESENTE NOS INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS E NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	138
4.2 CIDADANIA PRESENTE NOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELOS MOVIMENTOS DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA.....	146
4.3 CIDADANIA PRESENTE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL.....	151
4.3.1 Contextualizando as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental	156
4.3.2 Conferências Nacionais de Saúde Mental e o constructo da cidadania	170
4.4 A PRESENÇA DA CIDADANIA NOS DOCUMENTOS ANALISADOS.....	179
CAPÍTULO 5 – CIDADANIA E SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE CAPS E ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE DE SAÚDE MENTAL.....	181
5.1 PERCURSO METODOLÓGICO NA PESQUISA DE CAMPO	181
5.2 UM POUCO DE MARINGÁ	186
5.3 SAÚDE MENTAL EM MARINGÁ – UM POUCO SOBRE O CAMPO.....	190
5.4 CISAM/CAPS III.....	197
5.5 CAPS II CANÇÃO.....	200
5.6 AINDA SOBRE O CAMPO: ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE DE SAÚDE MENTAL	204
5.7 NÚCLEOS DE ANÁLISE	210
5.7.1 Cidadania em relação ao tratamento ofertado?.....	210
5.7.2 Cidadania e o olhar sobre a pessoa com transtorno mental?.....	228
5.7.3 Cidadania e a garantia dos direitos?	238
CONCLUSÃO	253
REFERÊNCIAS.....	261
APÊNDICES	283
APÊNDICE I – Roteiro de entrevista semiestruturada para usuários, profissionais e membros da Associação	284
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	287
ANEXOS	289
ANEXO I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.....	290
ANEXO II – Autorização de pesquisa da CECAPS – Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.....	295
ANEXO III – Autorização de pesquisa da Associação Maringaense de Saúde Mental	297

INTRODUÇÃO

Como se configuram os sentidos e significados da cidadania na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira? Esta foi a pergunta inicial que desencadeou este estudo e que atravessa todos seus capítulos, tendo sido trazido à minha vida através da história de uma usuária de um serviço de saúde mental, com quem convivi com lamento e perplexidade.

Assim, antes de apresentar maior delimitação do objeto de estudo, considero oportuno expor uma história que exemplifica o avesso de uma prática que pretende levar adiante o ideal de “sujeito cidadão”, ao mesmo tempo que demonstra alguns percalços do caminho. Conviver com a história de Janira¹ me inspirou para o presente estudo, que trata de entender a complexidade do pressuposto da cidadania para as pessoas com transtorno mental, categoria fulcral na contemporaneidade do modo de cuidado psicossocial.

Janira foi uma usuária de um CAPS de uma cidade do interior do Paraná com uma história singular, ainda que possivelmente aspectos de sua trajetória possam ser visualizados nas vidas de outros usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. Sua história foi registrada a partir da fala de familiares e profissionais que a acompanharam em diversos momentos, já que ela verbalizava apenas duas frases: *“Meu nome é Janira!”* e *“Minha mãezinha morreu!”*.

Pelo que foi possível investigar, tudo indica que Janira nasceu de parto domiciliar em um domingo, dia 30 de abril de 1967, na área rural de um município paranaense de médio porte. Foi a segunda filha de um total de quatro irmãos e nasceu um ano após o primogênito da família. Em relação às duas irmãs mais novas, uma faleceu aos cinco anos de idade e outra foi entregue para adoção aos oito meses, da qual não se teve mais notícias. Os pais de Janira não fizeram seu registro de nascimento, e, diga-se de passagem, de nenhum dos outros filhos, e isso se configurou, como veremos adiante, um grande problema no correr da sua vida.

A mãe faleceu quando Janira tinha sete anos de idade, no dia 18/01/1975, segundo atestado de óbito, de causa ignorada, mas uma tia-avó de Janira atribuiu sua morte aos maus-tratos que sofria do marido. O pai de Janira faleceu em 1994

¹ Janira é um nome fantasia, escolhido para proteção da identidade de uma usuária de Centro de Atenção Psicossocial.

de traumatismo craniano, conforme registrado no seu atestado de óbito. Desde a morte da mãe, Janira foi cuidada pela tia-avó.

Ainda segundo relato da tia-avó, os problemas de Janira começaram após morte da mãe, aos oito anos de idade: *“ela atordoava, caía, e logo se levantava”*. As dificuldades de acesso a tratamentos específicos na década de 1970, agravadas pelo fato de morarem em área rural, foram reduzindo as possibilidades de tratamento e de boa evolução ao adoecer de Janira.

Em 2007, elas estavam morando na região urbana, e através de uma denúncia de maus-tratos feita por uma assistente social, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade fez uma visita domiciliar para avaliar a situação. Os profissionais, na ocasião, encontraram uma pessoa desnutrida, trancada em um quarto sem banheiro e com as paredes sujas de fezes. A tia-avó, cuidadora, explicou a porta trancada do quarto pelo fato de Janira tentar fugir da casa.

Como parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir de abril de 2008 Janira passou a frequentar regularmente o CAPS nos dias em que o transporte do serviço ia buscá-la na casa em que morava, desenvolvendo, ao seu modo, as atividades propostas pela unidade. No entanto, ela não podia ser cadastrada oficialmente como usuária do serviço, já que não possuía registro de nascimento. Também, em decorrência disso, não podia ser iniciado processo de pedido de Benefício de Prestação Continuada² (BPC) visando a alguma melhoria na renda familiar que impactasse positivamente na sua qualidade de vida. Na verdade, oficialmente Janira não existia como cidadã brasileira.

Ainda no ano de 2007, o CAPS solicitou à justiça informações sobre o pedido de registro de nascimento tardio, mas, em maio de 2012, em razão das dificuldades no avanço do processo, recorreu-se ao auxílio jurídico especializado. Passaram-se seis anos, de 2007 a 2013, entre o início do pedido inicial e a liberação do documento: anos kafkianos de intensas exigências burocráticas, audiências com

² “O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, para acessá-lo, não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.” (BRASIL, 2015a).

autoridades sem resultados concretos que beneficiassem Janira. Anos sequenciais de adiamentos na concessão de seu registro de nascimento, até que, por medida judicial, ela deveria ser interditada antes de receber seu registro, criando um impasse jurídico: como interditar alguém que não existia?

Janira faleceu de afogamento em 05/01/2013 sem ter o registro que comprovava sua existência efetivada. Aparentemente sua morte foi resultado de um acidente: ela foi beber água em um rio que corta a cidade e ali caiu quando se debruçou na sua margem.

Os absurdos da vida de Janira continuaram após a sua morte. Ela não poderia ser enterrada, pois legalmente não existia enquanto cidadã. Seu corpo ficou no Instituto Médico Legal aguardando liberação por falta de documentos pessoais, por um período superior a dois meses. A sugestão das autoridades foi enterrar Janira como indigente, opção veementemente recusada pelos familiares e pelos profissionais que acompanharam sua história.

Para sintetizar do caso, Janira foi considerada cidadã brasileira 75 dias após seu falecimento. Com a obtenção da certidão de nascimento (sempre negada em vida), ela finalmente pôde ser sepultada no dia 20/03/2013 por volta de 15h30min de um melancólico dia cinzento, de garoa fina, em um túmulo público e temporário. A história dela foi finalizada e abriu em mim, particularmente, um intenso processo de reflexão sobre as repetidas exclusões sofridas por Janira ao longo da vida.

Sua triste história produziu em mim inúmeros questionamentos sobre a cidadania das pessoas em sofrimento mental. A insistência com que ela repetia a frase *“Meu nome é Janira!”* certamente refletia sua necessidade de confirmar ao mundo sua existência e identidade. Mas Janira não encontrou guarida no Poder Judiciário. Em audiência em que ela esteve presente, comprovando sua existência física, ao lado de seus familiares e de profissionais do CAPS, que confirmaram sua história de vida, foi-lhe também negado registro de nascimento tardio com a alegação de que ela precisava ser primeiramente interditada, pois apresentava um quadro de transtorno mental importante. Tal medida subliminarmente poderia sugerir a negação de existência cidadã, já que ela teria que estar oficialmente sob a curatela de alguém que respondesse por suas ações para, somente então, ter a garantia de existência como cidadã brasileira. Ou seja, paradoxalmente Janira teria que ser incapacitada enquanto ser de desejos para ter garantido seus direitos.

É no mínimo contraditório esse posicionamento da justiça brasileira mais de uma década depois da promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004a), de garantia de direitos para as pessoas com transtorno mental, e em pleno funcionamento de serviços regidos pela lógica da inclusão e da construção de um novo paradigma. Ainda que de forma implícita, neste caso e talvez em outros similares ou por outras vias, a garantia de existência e de direitos para tais pessoas ainda não está acontecendo como esperado.

A história de Janira está inextricavelmente ligada às possibilidades e impossibilidades de se vivenciar a cidadania do chamado louco. Acompanhar seu caso entre os anos de 2007 a 2013 motivou, sem dúvida, a construção do estudo ora apresentado. A negação da existência cidadã de Janira me levou a questionamentos diversos, em especial instigando reflexões acerca de como se configura a existência social do louco no Brasil do século XXI, a partir das novas premissas de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Cidadania é um fenômeno complexo e, para uma maior delimitação deste estudo, é necessário identificar quem é o cidadão – sujeito dessa pesquisa –, qual o lugar geográfico e o momento histórico em que ele está vinculado: quem fala, de onde fala e em que período fala. Assim, a temática da cidadania da pessoa com transtorno mental foi delimitada como o objeto deste estudo, e a Reforma Psiquiátrica brasileira – com início datado do final da década de 1970 e se estendendo até a contemporaneidade – como o momento histórico e o lugar do qual se fala.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social, dentre os vários que aqueceram a década de 1980 no Brasil, anos esses que foram intensos em discussões que tinham por eixo central o tema da cidadania. Para Carvalho (2013), as reflexões sobre cidadania ganharam impulso após a ditadura militar, ao ponto da Constituição de 1988 ter sido batizada de Constituição Cidadã. “A cidadania, literalmente, caiu na boca do povo. Mais ainda, ela substituiu o povo na retórica política. Não se diz mais ‘o povo quer isso ou aquilo’, diz-se ‘a cidadania quer’. Cidadania virou gente.” (CARVALHO, 2013, p. 7).

A cidadania foi entendida por Marshall (1967), teórico clássico desta temática, como um sistema regulador de igualdades, para além das diferenças de classes nas quais a sociedade está baseada. Para além da importância inaugural deste autor quando o tema é cidadania, esta igualdade marshalliana é questionável

e será oportunamente tensionada neste texto por autores como Bobbio (2004) e Boaventura de Souza Santos (2010), já que sua premissa de cidadania é criticada por ser apresentada de forma linear e a-histórica. A considerar o entendimento marshalliano de cidadania, existe o desdobramento em direitos civis, políticos e sociais, sendo que a garantia de um não implica garantia de outro. Segundo Carvalho (2013, p. 9), uma cidadania plena é um ideal ocidental talvez inatingível, e o cidadão pleno seria aquele que é titular dos três direitos, o cidadão incompleto é aquele que tem acesso a alguns direitos, e o não cidadão não tem acesso a nenhum dos direitos. Nessa lógica, como uma das consequências do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, talvez seja possível dizer que a pessoa com transtorno mental historicamente migrou de uma situação de “quase” não cidadão para a de “quase” cidadão incompleto. E o esforço desse movimento é o de trazer o constructo cidadania para a pauta de ações e intervenções, permitindo sua existência cidadã para além do transtorno mental que apresentam.

A concepção de cidadania está intrinsicamente associada à dos direitos humanos, e o trabalho aqui apresentado pactua da concepção de Bobbio (2004) em que os direitos humanos, embora fundamentais, não são naturais, mas, ao contrário, são circunstanciais, ou seja, são direitos históricos, nascidos em certas conjunturas da experiência humana e neste sentido, os direitos são relativos e mutáveis. Nesta perspectiva, buscar um “fundamento absoluto não é apenas uma ilusão, em alguns casos, é também um pretexto para defender posições conservadoras.” (BOBBIO, 2004, p.22).

E o que falar acerca dos direitos das pessoas com transtorno mental? Os direitos do homem pressupõem a concepção de igualdade, que, pelo posto na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), é uma igualdade baseada na racionalidade. Nessa Declaração, em seu Artigo 1º, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948). Essa premissa da racionalidade que atravessa o campo dos direitos traz implicações para as pessoas com transtorno mental, que, com a constituição da psiquiatria, foram categorizadas como sujeitos da desrazão.

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade

de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade. (AMARANTE, 1995, p. 491).

O status de doença dado à loucura, instituído por Pinel no século XVIII, permitiu um novo e, diga-se de passagem, infeliz lugar para esses sujeitos: “Na passagem da condição de alienado à de doente mental, vemos o louco adquirir o direito ao que poderíamos chamar uma estranha e paradoxal cidadania: num mesmo gesto, outorgada, pela nova condição de indivíduo doente, e sequestrada, pelo saber/poder psiquiátrico que isola e segrega esse mesmo indivíduo” (PASSOS, 2003, p. 160). Foucault registrou o silenciamento da loucura pela racionalidade saber/poder médico e sua automática exclusão social pelo asilamento. Considerando que, para o exercício da cidadania está implícita a perspectiva da racionalidade, e que a psiquiatria enquadrrou as pessoas com transtorno mental como destituídas de racionalidade, é possível concluir que o status da doença anulou o status de cidadão

Essa perspectiva, porém, não é unânime, pois existem autores para os quais o status de doença implicou status de igualdade, visto que qualquer pessoa pode ser acometida por uma doença (PASSOS, 2003, p. 163). Discordo de tal posicionamento, pois não considero que o status de doença resultou em igualdade, por uma singela razão: o transtorno mental recebeu uma importante marca desqualificante que outras doenças não possuem. Para Goffman (2012, p. 6), um “atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem”, e nesse sentido, as marcas de doença da desrazão, que as pessoas com transtorno mental carregam, as tornam não apenas diferentes, mas também estigmatizadas socialmente. Este estudo pactua, portanto, do entendimento de que o status de doença dado por Pinel não foi “liberador” para as pessoas com transtorno mental, mas, ao contrário, resultou no aval da ciência para sua exclusão social.

As pessoas com transtorno mental, assim como outros grupos estigmatizados, foram consideradas cidadãos de segunda classe. Henry Beecher publicou, em 1966, o estudo *Ética e investigação clínica*, em que revelou a participação de pessoas com transtorno mental, crianças e adultos com deficiência, nas pesquisas científicas, sem nenhum constrangimento ético. Isso só foi possível

porque tais pessoas eram consideradas “cidadãos de segunda classe” (KIPPER, 2010).

Cidadão incompleto, considerando a perspectiva de Carvalho (2013), “pseudocidadão” (PASSOS, 2003, p. 160), “cidadão de segunda classe” (MUSSE, 2008, p. 3), “os sem cidadania” (CORBISIER, 2000, p. 282): são muitas as possibilidades de adjetivação da cidadania quando os sujeitos em questão são aqueles que carregam a marca do transtorno mental. Este estudo busca trazer ao debate as diferentes nuances que este constructo carrega, a partir do proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propôs um novo paradigma de cuidado – principalmente com uma perspectiva de colocar a doença entre parênteses –, dando visibilidade ao sujeito em sua existência sofrimento, embora não tenha sido a primeira ou única proposta reformista. Para Tenório (2002, p. 26), conceber a psiquiatria enquanto reforma esteve presente desde a inauguração da própria psiquiatria: primeiro com Pinel, desacorrentando os loucos e com a “tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade”. Assim, iniciativas reformadoras seguem no século XIX objetivando dar maior cientificidade para as práticas hospitalares; e continuando no século XX, com o surgimento de inúmeras correntes, a maioria pregando a necessidade de dar um caráter mais humano e eficiente nos tratamentos hospitalares.

É possível considerar que reflexões reformistas sobre o tratamento ofertado para as pessoas com transtorno mental atravessam a história da psiquiatria, mas o que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe de novidade para se pensar a psiquiatria foi a marca da cidadania do louco. “No Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o rapto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania tutelada.” (DELGADO, 1992, p. 20). Assim, a Reforma Psiquiátrica efetivou uma ruptura com o modelo asilar e apresentou a proposta de “construção de um novo paradigma científico, ético e político.” (YASUI, 2010, p. 162).

Com a Lei 10.216, de 2001, as pessoas com transtorno mental foram categorizadas como “novos sujeitos de direitos”, expressão utilizada para “denominar grupos de pessoas que, como as pessoas com transtornos mentais, ao longo da História, sofreram um processo de exclusão ‘crônica’ e, por isso, eram

desprovidos de cidadania” (MUSSE, 2008, p. 41). Mas, talvez, para além do normatizado em lei, esses novos sujeitos ainda carecem dos velhos direitos.

O trabalho que aqui apresento teve por meta entender como se dá este “estranho paradoxo da cidadania tutelada” que tem uma perspectiva histórica e complexificada por cruzar os campos da saúde mental e da cidadania. Meu objetivo principal foi analisar como se configuram os sentidos e os significados da cidadania para as pessoas com transtornos mentais acompanhadas nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira. Destaco também os objetivos específicos deste estudo: (1) Analisar, em perspectiva histórica, os pressupostos da cidadania com as questões socioculturais, legislativas e de assistência para as pessoas com transtorno mental; (2) Entender como o tema da cidadania se expressa no cotidiano de cuidado de um dos dispositivos integrantes da RAPS e (3) Entender como o tema da cidadania se expressa no cotidiano de atividades de uma associação de usuários e familiares de saúde mental.

As perguntas que apresentei para reflexão podem ser sistematizadas da seguinte maneira: de qual/quais cidadania(s) a Reforma Psiquiátrica fala? Como as novas formas de cuidar propostas pela Reforma Psiquiátrica, traduzidas pelos pressupostos do cuidado psicossocial, têm dado conta dos aspectos relacionados com o resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental? Em outras palavras, vou recorrer aos documentos oficiais internacionais e nacionais, e também aos documentos produzidos pela organização da sociedade civil, para identificar como o constructo da cidadania está se configurando enquanto pressuposto nuclear da Reforma Psiquiátrica brasileira. Também faz parte desta pesquisa o levantamento de informações junto aos serviços de CAPS e de uma Associação de usuários e familiares com o objetivo de identificar como está sendo incluída a cidadania enquanto premissa de trabalho e de cuidado. Ou seja, como o tema cidadania está sendo inserido nas práticas dos serviços da RAPS, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e também em uma Associação de Usuários e Familiares.

Como hipótese do estudo, eu parti do princípio de que as ações de cuidado psicossocial desenvolvidas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial encontram dificuldades de diferentes ordens para o desenvolvimento de ações que contemplem o núcleo duro da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é a inclusão

cidadã das pessoas com transtorno mental. Considero que tais dificuldades estão associadas a diferentes perspectivas, como premissa de igualdade/diferença e inclusão/exclusão, garantia de direitos, aumento da autonomia dos sujeitos e configuração de um novo lugar social para as diferenças. Essas categorias foram elencadas a partir das perspectivas dos autores clássicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos documentos oficiais, além daqueles gerados pelo movimento social, discussão esta apresentada nos capítulos iniciais deste estudo.

O amadurecimento do tema e da estratégia metodológica foi processual e, com certeza, o período de doutorado sanduíche, entre 2015 e 2016, realizado no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra foi fundamental não apenas na perspectiva de aprofundamentos teóricos, mas especialmente positivo no sentido de reavaliação do campo. Ter acesso próximo aos estudos de Boaventura de Souza Santos (2010) me fez reconsiderar o percurso epistemológico na perspectiva da ecologia dos saberes como estratégia de análise horizontal, com a contextualização histórica com foco na premissa cidadania, na busca pela pluralidade de significados e saberes sobre loucura, desrazão e as práticas instituídas em tempos e lugares distintos.

A pesquisa no eixo transversal desenvolveu uma triangulação de métodos, considerando quatro formas de coletas de dados: um estudo teórico da loucura na história e como estavam sendo constituídos os modos de cuidado asilar e psicossocial; a análise do conceito de cidadania por seus diversos atravessamentos no campo sociocultural, no interior do modelo oferecido pela Reforma Psiquiátrica e pelo ângulo dos movimentos sociais; um estudo documental em que foram elencados diferentes documentos nacionais e internacionais, oficiais e os gerados pelo movimento social, verificando os fluxos de sentidos e significados do constructo da cidadania; e uma investigação qualitativa, baseada em um estudo de caso com entrevista e observação em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Associação de usuários e familiares, processo que possibilitou verificar como o conceito cidadania estava refletido nas práticas de cuidado regidas pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. O detalhamento da metodologia está apresentado no CAPÍTULO 1: VIGILÂNCIA EPISTEMOLÓGICA DO CONSTRUCTO CIDADANIA – PERCURSO METODOLÓGICO.

Além desse capítulo inicial, este estudo terá ainda outros quatro capítulos temáticos que aproximam teoria e prática, dois componentes de um mesmo objeto

que não devem estar separados sob o risco de não alcançar a totalidade pretendida. Nesses capítulos estão presentes os temas centrais deste estudo: a cidadania do louco, os modelos assistenciais de cuidado e os movimentos associativos.

No segundo capítulo, A CIDADANIA DO LOUCO - DA MORTE SOCIAL AO CUIDADO PSICOSSOCIAL EM TERRITÓRIO, faço um breve histórico do tratamento a partir da constituição da psiquiatria por Pinel, no século XVIII, com destaque nos princípios dos diferentes modos de cuidado presentes em diferentes momentos e por diferentes propostas reformistas. A ênfase foi para a Reforma Psiquiátrica brasileira naquilo que ela trouxe de núcleo duro, que é o resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental pelo projeto de outro modo de assistência, o cuidado psicossocial. O objetivo aqui não foi apresentar retrospectiva histórica, mas sim apresentar este constructo na história da psiquiatria e nos diferentes modos de cuidado. Esse capítulo traz o entendimento histórico da concepção de desrazão, marca inculcada nas pessoas com transtorno mental e que direcionam para os paradigmas de cuidado baseados em inclusão/exclusão e igualdade/diferença.

No terceiro Capítulo, A CIDADANIA DO LOUCO E AS PERSPECTIVAS SOCIAIS QUE PERMEIAM OS CUIDADOS, apresento cidadania pelo ângulo do campo social e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que atravessam os movimentos sociais e os dispositivos CAPS; e, nesse sentido, o terceiro capítulo buscou a interconexão das categorias fundantes deste estudo: é o momento em que está sendo problematizado o constructo cidadania da pessoa com transtorno mental de forma plural, considerando a complexidade do campo e em busca de uma totalidade que deve constituir-se maior do que a somatória das partes.

O quarto capítulo, A GARANTIA DE DIREITOS – MOBILIZAÇÃO SOCIAL E LEGISLAÇÃO, teve por objetivo identificar a presença da cidadania em diferentes documentos: os internacionais de direitos humanos; os que constituem o corpo da legislação brasileira na área; os documentos produzidos pelos movimentos da sociedade civil organizada; os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental. O propósito desse capítulo foi fazer uma varredura conceitual sobre a questão da cidadania, visto que esse é um constructo que atravessou o movimento da Reforma e, por conseguinte, atravessou também a proposição das ações e serviços que vêm sendo construídos nesses quase quarenta anos.

Trata-se de um estudo qualitativo que procurou identificar os significados e sentidos, na perspectiva apresentada por Burali (2014, p. 154), em que ambos “têm a mesma raiz e fazem parte do mesmo movimento dialético. O campo dos significados é a particularidade do processo histórico e o campo dos sentidos é a sua singularidade. Faces diferentes da mesma moeda.”

Nessa perspectiva, os significados foram buscados nos textos dos teóricos clássicos da Reforma brasileira, nos documentos oficiais, como a legislação e textos das conferências e cartas dos movimentos da sociedade civil organizada.

Os significados são, portanto, produções históricas e sociais. São eles que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências. Muito embora sejam mais estáveis, “dicionarizados”, eles também se transformam no movimento histórico, momento em que sua natureza interior se modifica, alterando, em consequência, a relação que mantêm com o pensamento, entendido como um processo. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226).

E os sentidos, presentes no campo da subjetividade, foram buscados nas falas dos entrevistados, discussão contemplada no quinto capítulo deste estudo, OS SERVIÇOS DE CAPS E ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE DE SAÚDE MENTAL.

O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. O sentido deve ser entendido, pois, como um ato do homem mediado socialmente. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 227).

No último capítulo, além da tradicional apresentação do lócus da pesquisa de campo, o material coletado foi consolidado em três núcleos de análise: (1) Cidadania em relação ao tratamento ofertado, (2) Cidadania e o olhar sobre a pessoa com transtorno mental e (3) Cidadania e a garantia dos direitos. Existiu um cuidado da pesquisadora em buscar articulação entre o que é dito em termos de pressupostos históricos e paradigmáticos, com o que é dito e feito no cotidiano de cuidados; para isso, a busca pelos significados e sentidos contemplou os objetivos propostos.

O conjunto deste estudo, com as pesquisas histórica, documental e de campo foi submetido a uma análise hermenêutico-dialética, permitindo mostrar os paradoxos, os contrastes e as contradições, em uma ecologia de saberes consolidada pela vigilância epistemológica do constructo cidadania.

Cidadania e cuidado psicossocial são constructos grandiosos que, necessariamente, devem entrecruzar-se para que os propostos pelos novos serviços e pelo novo paradigma se aproximem do que está preconizado. A grandiosidade do tema foi desafiador e exigiu a abordagem por diferentes ângulos, recorrendo aos diferentes atores envolvidos.

CAPÍTULO 1

VIGILÂNCIA EPISTEMOLÓGICA DO CONSTRUCTO CIDADANIA – PERCURSO METODOLÓGICO

Apresento uma investigação teórica, documental e qualitativa que tem como objeto de estudo o conceito de cidadania da pessoa com transtorno mental, em três níveis de análise: verificando a apropriação histórica da cidadania na clínica asilar e na clínica psicossocial; estudando este tema na lógica dos documentos oficiais e também os gerados pela sociedade civil organizada, vinculados a conferências e a órgãos nacionais ou internacionais; e investigando o modo como a cidadania é veiculada nas práticas de cuidado contemporâneas de pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial e uma associação de usuários e familiares. Ou seja, procuro mostrar que o constructo cidadania está associado a duas grandes questões que permearam o tratamento para as pessoas com transtorno mental: sua categorização a partir da racionalidade (a premissa da desrazão atribuída pela psiquiatria) e sua resultante: a exclusão em nome de tratamento, “proteção”, pela instituição asilar. Será esta “herança” de sentidos historicamente atribuídos e enraizados nas práticas e discursos que a reforma psiquiátrica buscará desconstruir, em meio a contradições e paradoxos.

Após o processo de qualificação na Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), vencidas as dificuldades encontradas no campo, e considerando o período de seis meses de doutorado sanduíche na Universidade de Coimbra, houve um amadurecimento do objeto de estudo original e um aperfeiçoamento de seu recorte. As reflexões e leituras que eu fiz me direcionaram a um projeto que absorvesse a participação da sociedade civil organizada e, neste sentido, para uma pesquisa de campo em uma cidade com Associação de Usuários e Familiares, respeitando a premissa do **Nada sobre nós sem nós!**, assegurando a voz e a fala dos usuários, num exercício vivo de cidadania. De outro lado, a escolha de estudar as práticas de um CAPS me permitiu verificar como a cidadania se configurava no cotidiano de cuidados de um serviço que era regido pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, abandonei a ideia original de estudar sete projetos paranaenses que estavam voltados para a inserção pelo trabalho com foco na economia solidária. A categoria trabalho está associada ao exercício da cidadania, mas optei por

conservar meu objetivo original em uma análise mais estendida do cuidado psicossocial pelo prisma da cidadania.

A escolha do município de Maringá (PR) foi resultado de várias questões: trabalhei lá nos anos 1980/1990 e foi um município que, já naquele período, tinha o pioneirismo na inserção de ações de saúde mental na saúde pública. Mesmo passadas duas décadas de afastamento da cidade, eventualmente encontrava alguns profissionais em congressos da área, e tinha notícias sobre o funcionamento de serviços como CAPS, de projetos como o Pescando Mentes e também sobre a fundação de uma Associação ainda no início dos anos 2000. Ou seja, pareceu-me um serviço com um percurso histórico amadurecido e que atenderia à minha intenção de busca de informação sobre como estava se configurando o dia a dia de cuidados em um serviço de CAPS. Além destas questões, o fato deste município ter em funcionamento uma entidade associativa de usuários e familiares foi definidora na escolha. Até onde foi possível apurar, no Paraná existem sete destas associações: três em Curitiba, uma em Londrina, uma em Piraquara, uma em Pitanga e uma em Maringá (ABRE, 2016). A entidade maringaense com percurso de mais de uma década e meia se ajustava aos propósitos deste estudo. O trabalho exploratório de campo será detalhado no último capítulo. Os cuidados éticos foram assegurados, tendo em vista que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em 13 de Junho de 2016, conforme o Parecer Número 1.586.584 (Anexo I).

1.1 DETALHAMENTO DAS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

A presente tese apresenta dois eixos metodológicos, um horizontal e outro transversal. No eixo horizontal, foi feito um percurso epistemológico, buscando construir uma ecologia de saberes sobre cidadania e práticas de cuidado no campo da saúde mental, numa contextualização histórica que contrasta tempos e lugares, séculos ou décadas e influências civilizacionais distintas, com ênfase na Reforma Psiquiátrica Brasileira. A forma multifacetada, paradoxal ou contraditória dos saberes os reuniu como um mosaico de interpretações possíveis e provisórias, sem buscar uma análise histórica de profundidade e nem tampouco enfatizar um olhar teórico dominante, apenas costurando uma tessitura de sentidos plurais, contextuais e de fundo, de onde emergiram fluxos de significados e de saberes sobre a loucura, a desrazão e as práticas instituídas em tempos e lugares distintos. A análise adquire

profundidade quando os conceitos de cidadania e de práticas de cuidado são apresentados, contextualizados e analisados num leque de diferentes epistemologias possíveis e múltiplos saberes, com ênfase nas práticas, na expressão dos oprimidos e nos processos locais de emancipação.

No eixo transversal, a tese desenvolveu uma triangulação de métodos, desenhando quatro formas de coleta de dados: (1) um estudo teórico da loucura na história, buscando compreender as formas que engendraram os cuidados asilares e psicossociais; (2) uma análise complexa do conceito de cidadania como constructo teórico no campo sociocultural, político, nos movimentos sociais e nos serviços de saúde mental; (3) um estudo documental dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e de outros documentos paradigmáticos à história brasileira da Reforma, enfatizando o modo como eles se apropriaram do conceito de cidadania, verificando os fluxos de sentidos e suas descontinuidades em distintas trajetórias e apropriações feitas por grupos sociais; (4) uma investigação qualitativa, baseada em estudo de caso e em entrevista de profundidade com profissionais, usuários e familiares. O estudo de caso sobre dois Centros de Atenção Psicossocial e de uma Associação de Usuários e Familiares propiciou modos de verificar como o conceito de cidadania esteve refletido nas práticas de cuidado instituídas ou de resistência. Os dois eixos metodológicos serão detalhados adiante

1.2 ECOLOGIA DE SABERES SOBRE CIDADANIA E PRÁTICAS DE CUIDADO

Tendo em vista que toda a experiência social produz e reproduz conhecimento, além de não haver conhecimento sem práticas e atores sociais, segundo Santos e Meneses (2010), diferentes relações sociais podem gerar diferentes epistemologias, constituídas por conhecimentos rivais e distribuições desiguais de poder. Os autores destacam de que modo o conhecimento científico pode ocultar o contexto sociopolítico de sua produção e tender a uma universalidade descontextualizada. O colonialismo e o capitalismo engendraram certas formas de poder e de saber, como também uma epistemologia dominante, dotada de diferentes inteligibilidades e intencionalidades, com a supressão de conhecimentos locais, obliterando as diferenças culturais.

Com isso, desperdiçou-se muita experiência social e reduziu-se a diversidade epistemológica, cultural e política do mundo [...], foi também, e sobretudo, uma perda ontológica - saberes inferiores próprios de seres inferiores. A ciência moderna... ela própria é diversa internamente, o que lhe permite intervenções contraditórias na sociedade. E a verdade é que foi (e continua a ser) muitas vezes apropriadas por grupos subalternos e oprimidos para legitimar as suas causas e fortalecer as lutas [...] Com isso, o conhecimento científico pôde ocultar o contexto sociopolítico de sua produção subjacente [...] A revolução da informação e da comunicação combinada com a tendência do capitalismo para reduzir à lei do valor ...ampliou as contradições da dominação capitalista e as resistências que enfrenta, ao mesmo tempo que lhes conferiu uma maior visibilidade. (SANTOS; MENESES, 2010, p.17).

O capitalismo global é um regime cultural e civilizacional, muitas vezes invasivo à família, à religião, à gestão do tempo; assim, lutar contra a dominação, para os autores, pode significar lutar contra a indefinição de quem domina e de quem é dominado, muitas vezes contra nós próprios. Restam relações desiguais, negação da independência política de certos povos e nações, o colonialismo político, do poder e do saber. Santos e Meneses (2010) apontam que há conhecimentos rivais dotados de critérios de diferentes validades. Isso obriga a se fazerem avaliações mais complexas dos diferentes tipos de interpretação e intervenção no mundo, produzidos por diferentes tipos de conhecimentos. Assim, valorizam-se os saberes que resistiram com êxito, e investigam-se as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos, o que Santos (2006) denomina de "ecologia de saberes".

Boaventura de Souza Santos (2010) diz que a ecologia dos saberes tem como premissa que a diversidade epistemológica do mundo necessita reconhecer a pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico, o que significa renunciar a qualquer epistemologia geral. Há diferentes formas de conhecimento sobre a sociedade, a vida, a matéria e o espírito, e diversos conceitos sobre o que conta como conhecimento e quais os critérios para validá-los. O contexto de uma ecologia dos saberes é ambíguo, pela diversidade e pluralidade epistemológica que compartilha das premissas culturais de seu tempo. Como diz Santos (2010), a ecologia de saberes aponta para uma globalização contra-hegemônica, formas de resistência ao capitalismo global. Ela procura dar consistência ao pensamento pluralista e propositivo, cruzando conhecimentos e ignorâncias, que são interdependentes, o que pode envolver o esquecimento. Há o conhecimento a ser aprendido e o conhecimento a ser esquecido ou desaprendido.

Nesse sentido, conclui o autor: "a utopia do interconhecimento é aprender outros conhecimentos sem esquecer os próprios." (SANTOS, 2010, p. 56).

A ecologia de saberes está atenta a utilizações contra-hegemônicas do conhecimento científico e explora práticas científicas alternativas. Há várias premissas básicas que fundamentam a ecologia dos saberes: (1) todos os conhecimentos têm limites internos (limites que as intervenções do real permitem) e externos (reconhecimento de intervenções alternativas possíveis). Como diz Santos (2010): "Para uma ecologia de saberes, o conhecimento como intervenção no real – não o conhecimento como representação do real – é a medida do realismo." (p. 57); (2) Na medida em que todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos, eles são testemunhais, dão a conhecer sobre o real, sua dimensão ativa, e sobre o sujeito do conhecimento, sua dimensão subjetiva; (3) A ecologia dos saberes expande o conhecimento para as relações entre o conhecimento científico e o não científico, alargando o alcance da intersubjetividade como interconhecimento e vice-versa; (4) Diferentes práticas de conhecimento têm lugar em diferentes escalas, de acordo com diferentes durações e ritmos. Há coexistência de diferentes temporalidades, e muitas experiências de resistência são locais; (5) Os conhecimentos não são concebidos em abstrato, mas como práticas de conhecimento que possibilitam ou impedem certas intervenções no mundo real. A ecologia dos saberes aponta a necessidade de uma reavaliação das intervenções e relações concretas com a sociedade. Entre diferentes intervenções pode existir complementaridade ou contradição, podendo acolher diferentes sistemas de pensamentos; (6) Deve-se dar preferência aos conhecimentos que asseguram uma maior participação dos grupos sociais. A epistemologia dos oprimidos torna-se inteligível por uma epistemologia das consequências.

Em síntese, a proposição de uma ecologia dos saberes acerca das produções de conhecimento sobre a cidadania da pessoa com transtorno mental toma como base os limites e as possibilidades de como os conhecimentos sobre a loucura produziram diferentes formas de intervenção sobre o louco; de que modo esses saberes dão testemunho das condições de vida e das dimensões subjetivas desses sujeitos da desrazão; como a coexistência de diferentes temporalidades, lugares e ritmos atravessaram uma diversidade de experiências de resistência e de propostas de transformação da psiquiatria no Brasil e no mundo; em que medida é fundamental reavaliar as intervenções concretas sobre o transtorno mental,

verificando o impacto de certas práticas e relações concretas encarnadas na vida social; enfim, destacando a importância de conhecimentos que assegurem a participação dos grupos marginalizados.

Assim, no eixo horizontal, reconstituí diversas epistemologias plurais e multifacetadas, formando uma ecologia de saberes da loucura, da cidadania e das práticas de cuidado na história, nas legislações, nas intervenções e nos movimentos sociais, nos serviços – contrastando as perspectivas de teóricos, políticos, trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares. E no eixo transversal, como veremos adiante, este estudo apresenta a proposta de realizar *uma vigilância epistemológica do constructo da cidadania*, num estudo que exercita uma autorreflexividade, verificando em que medida a cidadania tende a se efetivar como uma prática local de resistência, ampliando as formas de emancipação de sujeitos com transtorno mental no país.

1.3 TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS PARA ESTUDO DO CONSTRUCTO CIDADANIA

O estudo do constructo cidadania foi feito por meio de uma triangulação de métodos: um estudo histórico da loucura, uma análise do conceito de cidadania no campo social, político e institucional, um estudo documental das Conferências Nacionais de Saúde Mental e outros documentos relevantes para a Reforma, um estudo de caso do CAPS e de uma Associação de Usuários e Familiares. Assim, no eixo transversal, foi possível elaborar uma vigilância epistemológica, contextualizando-a historicamente nos séculos que promoveram o nascimento da psiquiatria e da instituição asilar, até chegar às mudanças que produziram as reformas psiquiátricas, com ênfase na experiência brasileira; recortando os diferentes sentidos atribuídos à cidadania nos movimentos políticos, sociais e institucionais que atravessaram as transformações do olhar sobre o louco; revisando importantes documentos, legislações e eventos nacionais, para verificar as apropriações de sentido do constructo cidadania no âmbito da política nacional de saúde mental; por fim, revisitando o uso do constructo cidadania nos serviços que melhor representam a Reforma Psiquiátrica brasileira e, diretamente, junto aos usuários e familiares. E finalmente cidadania foi estudado na visão dos profissionais,

usuários e membros de uma entidade associativa que cotidianamente estão às voltas com as práticas de resistência e a promoção da emancipação.

1.3.1 Estudo teórico da loucura na história

A história do tratamento para as pessoas com transtorno mental esteve vinculada ao processo de exclusão social, através da hospitalização e da negação da pessoa enquanto sujeito de desejos e de direitos (FOUCAULT, 1978; GOFFMAN, 2012; ORNELLAS, 1997; AMARANTE, 1995, 1998, 1999, 2007). A Reforma Psiquiátrica brasileira, que carrega em seu bojo uma concepção de tratamento inclusivo do sujeito com transtorno mental, propondo a desospitalização e a desinstitucionalização, tem como núcleo duro de seus pressupostos o resgate da cidadania desses sujeitos.

A Reforma Psiquiátrica brasileira “não se restringe a uma reforma de serviços, mas sim a um deslocamento do lugar que a loucura ocupou até então.” (AMARANTE, 2012, p. 24). Assim, atuar na área de saúde mental abarca muito mais do que serviços abertos de assistência, inclui a “desconstrução dos aparatos jurídicos, políticos, legislativos, administrativos e modos de conduta que foram criados em torno da doença mental.” (AMARANTE, 2012, p. 24). Birman (1981, p. 72) enfatiza que o cerne do trabalho está na construção de outro “lugar social” para a loucura, e não somente no foco do resgate dos direitos de cidadão, visto a importância de considerar as especificidades das pessoas com transtorno mental. Mas se há necessidade de construir outro lugar social para a loucura, talvez seja também necessário repensar e complexificar o conceito de cidadania quando os sujeitos envolvidos estão em sofrimento psíquico.

1.3.2 O constructo cidadania nos movimentos políticos e sociais

A cidadania das pessoas com transtorno mental, pelo pressuposto da Reforma Psiquiátrica brasileira, se estende em diferentes dimensões para além da garantia de serviços assistenciais abertos. Amarante (2003) apresenta quatro dimensões de cuidado e, para este estudo, cidadania será estudada considerando-se, pelo menos, as dimensões teórico-conceitual, jurídico-político, sociocultural e técnico-assistencial. Esse tema será desenvolvido no terceiro capítulo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira não é somente um projeto de mudança nos serviços de assistência para as pessoas com transtorno mental, trata-se de um processo social complexo, que envolve quatro dimensões que se entrelaçam e se complementam, “que ora se alimentam, ora são conflitantes, que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.” (AMARANTE, 2007, p. 63).

A primeira dimensão, teórico-conceitual ou epistêmica, apresenta o propósito de revisão dos constructos teóricos tradicionais da psiquiatria que, ao considerar a doença como um objeto natural, transformou-a no foco da ciência, secundarizando o sujeito que adoece. Nessa dimensão epistêmica, a Reforma Psiquiátrica propõe um novo olhar sobre as pessoas com transtorno mental, ampliando a configuração de doença para a da complexidade de existência, para além dos sintomas psiquiátricos que apresenta.

Nesse sentido, a título de exercício e exemplo, cabe destacar a importância do processo de *desconstrução* do conceito de *clínica*, que deixaria de ser o *isolamento terapêutico* ou o *tratamento moral* (oriundos do *klinus* – inclinar-se sobre o leito) propostos por Philippe Pinel ou Wilian Tuke ou Vincenzo Chiarugi, dentre outros, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica: o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber. (AMARANTE, 2003, p.49).

Essa dimensão é nuclear na mudança paradigmática proposta pela Reforma Psiquiátrica, na medida em que propõe mudar o foco da doença, dos sintomas, do indivíduo para o sujeito em sofrimento inserido em dado contexto histórico, econômico, social e cultural.

A segunda dimensão, jurídico-político, está constituída pela revisão da legislação direcionada às pessoas com transtorno mental, que usualmente “relacionam a loucura à periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. Essa dimensão busca rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais.” (YASUI, 2010, p. 25).

A dimensão sociocultural, para Amarante (2007, p. 73), é uma dimensão estratégica, já que apresenta o propósito de “provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários,

familiares, técnicos, voluntários).” Na história do movimento da Reforma Psiquiátrica, é possível registrar vários projetos neste campo sociocultural, como as Caminhadas do Orgulho Louco, espalhada pelo país e que usualmente acontecem no Dia Nacional da Luta Antimanicomial, dia 18 de maio; Grupos musicais como Harmonia Enlouquece e o Sistema Nervoso Alterado, ambos do Rio de Janeiro, e o Lokonaboa, de Assis; Rádio Tam Tam de Santos; TV Parabolinoica, de Belo Horizonte; Grupo de Teatro Camisa de Força, do Rio de Janeiro; para citar alguns.

Essa dimensão carrega a concepção de que a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo social que não deve se reduzir às reformulações legislativas, epistemológica ou de assistência. Trata-se de pensar um novo lugar social para a loucura, constituindo-se assim, nas palavras de Yasui (2010), como um movimento com vias em um processo civilizador.

Tradicionalmente a arte tem sido utilizada como instrumento terapêutico para os transtornos mentais, daí a origem de expressões como arteterapia, musicoterapia, dentre outras tantas. Em que pese a importância de iniciativas nessa tradição, corre-se o risco de reduzir a arte ao paradigma da ciência, conduzindo-a por meio de técnicas e objetividades próprias da pretensão científica da certeza e da verdade. Mas a arte tem seus modos de ser, que passam mais pela estética e pela produção de subjetividades e sentidos. E nesta vertente ainda há outro elemento, que diz respeito ao valor da obra produzida por “loucos”. E muitos são os significados atribuídos às obras dos loucos, como arte dos alienados, a arte naif, arte degenerada, arte primitiva, arte bruta, imagens do inconsciente, arte insensata, e tantas outras que partem do pressuposto de que há uma distinção da natureza destas obras para as demais. (AMARANTE, 2012, p. 10).

Dessa forma, a dimensão sociocultural pode apresentar um importante aspecto de inclusão social através da arte, com vias na mudança do imaginário social sobre a loucura (AMARANTE, 2003), e na transformação do lugar social da loucura (AMARANTE, 2012).

Por fim, mas não menos importante, Amarante (2003) fala da dimensão técnico-assistencial, que envolve a revisão da assistência prestada e dos serviços instituídos para o cuidado das pessoas com transtorno mental. Está claro que uma proposta de implantação de serviços desvela o olhar epistemológico norteador dos mesmos, e, assim, a Reforma Psiquiátrica apresenta proposta de serviços abertos de assistência, nos moldes dos diversos dispositivos da RAPS, indicando uma nova forma de cuidar.

A Reforma Psiquiátrica brasileira não se reduz a questionar o asilamento das pessoas com transtorno mental e a propor serviços de saúde mental abertos e humanizados. De fato, ela se configura como um processo de reconstrução da “complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência” (YASUI, 2010, p. 20). E, nesse contexto, cidadania é um constructo nuclear ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

1.3.3 Cidadania e garantia de direitos

Neste momento, a proposta foi fazer um estudo documental tomando como base, em nível nacional, os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, legislações da área, documentos produzidos pela sociedade civil e, em nível internacional, a Declaração dos Direitos do Homem e a Declaração de Caracas. Assim, o estudo do modo como esses documentos se apropriam do conceito de cidadania pode ser encontrado no quarto capítulo.

O tema cidadania é bastante frequente nas produções vinculadas com a Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo possível identificar esse debate nos diferentes documentos oficiais e não oficiais. Tais registros são documentos importantes, visto que traduzem o pensamento e a preocupação que os diferentes atores envolvidos – usuários, familiares, profissionais e gestores – tinham nos momentos em que foram produzidos. Em relação às Conferências Nacionais de Saúde Mental, até o momento aconteceram quatro, no período de 1987 a 2010, que produziram quase 2.000 proposições registradas nas 591 páginas e envolveram a participação de aproximadamente 70.000 pessoas. Todas as Conferências tiveram eixos temáticos específicos com a questão da cidadania.

O documento é um instrumento precioso de pesquisa, visto que carrega, por essência, o registro de determinado objeto, inclusive contendo certo caráter testemunhal da época e pensamento em que esse documento foi escrito.

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a

materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDAN, 2009, p. 6).

Os documentos eleitos para este estudo foram: (1) Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948); (2) Declaração de Caracas (ONU, 1990); (3) Lei 10.216 (BRASIL, 2004a); (4) Manifesto de Bauru (II CNTSM, 1987); (5) Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial (1993); (6) I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM, 1987); (7) II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM, 1992); (8) III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM, 2001); (9) IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM-I, 2010). Para a seleção desses documentos, foi considerado o grau de importância histórica que tiveram na construção de um novo modelo de tratamento, além da presença de documentos produzidos pelos diferentes atores; daí a seleção daqueles que foram resultados da organização do movimento social.

1.3.4 Estudo de caso: o CAPS e a Associação de Usuários e Familiares

O objetivo principal do estudo de caso feito no CAPS e na Associação de Usuários e Familiares foi analisar como se configuram os sentidos e os significados da cidadania para as pessoas com transtornos mentais acompanhadas em um dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) –, na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, e também junto a uma entidade associativa de usuários e familiares. Justifico a eleição desse dispositivo em especial – os CAPS – dentre todos os dispositivos integrantes da RAPS, pelo fato de carregar de forma emblemática, em seu projeto de cuidados, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nas recomendações oficiais para o funcionamento dos CAPS, realizadas pelo Ministério da Saúde, está ressaltado o papel estratégico deste dispositivo no processo de desinstitucionalização:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004b, p. 9).

Assim, selecionar o CAPS resultou em uma escolha coerente com a proposta deste estudo, que buscou identificar como alguns serviços substitutivos de tratamento para a loucura têm incluído a premissa do resgate da cidadania do louco em seu cotidiano de cuidados. Através da pesquisa de campo, fui buscar dados sobre como o tema cidadania foi sendo inserido nas práticas dos serviços CAPS.

Os CAPS, em seu nascimento, tenham tido o papel de dispositivo regulador da saúde mental nos municípios – embora com o passar do tempo se tenha observada a necessidade fulcral de envolvimento da atenção básica nesta regulação. Embora com uma ampla diversidade de serviços que fazem parte desta rede de assistência, com a sistematização da RAPS através da Portaria 3088/MS de 2011–, a eleição do CAPS deu-se em nome da importância que foi adquirindo ao longo do tempo, como estratégia de tratamento substitutivo ao asilar.

O município de Maringá (PR) foi eleito para este estudo por ter uma longa trajetória em ações de saúde mental nos serviços públicos, que remontam ainda à década de 1980, e por ter uma associação de usuários e familiares com início de suas atividades há uma década e meia, no ano 2000, conforme será detalhado na continuidade deste trabalho.

O Estudo de caso pressupõe a escolha de uma unidade para a pesquisa, que pode ser uma pessoa, um grupo de pessoas, uma instituição, entre outros, objetivando uma análise intensa do caso específico. Segundo Ventura (2007, p. 386), o estudo de caso apresenta algumas vantagens como o de estimular: “novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planejamento; enfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitir uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles”.

Como diz Minayo (2006), o estudo de caso é o método indicado para compreender o modo como um fenômeno se apresenta, auxilia a fazer uma unidade de análise de um grupo, setor ou organização, possibilita formular e esclarecer proposições do estudo e esclarece os critérios para a interpretação dos dados, conforme categorias e base teórica adotadas. O estudo de caso, como foi aqui adotado, contribuiu para compreender o impacto das políticas públicas de saúde mental do país em relação ao constructo cidadania e ajudou a descrever o contexto

do CAPS e de uma Associação, verificando em que medida os dispositivos de cuidado da Reforma Psiquiátrica brasileira foram aplicados e integrados na prática.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os diferentes sujeitos envolvidos nos serviços e na Associação, que combinou perguntas abertas e fechadas através de um roteiro prévio dos aspectos a serem investigados. Este instrumento possui a vantagem da elasticidade na condução da coleta de dados, ou seja, permite ao pesquisador respeitar a dinâmica do entrevistado e, ao mesmo tempo, explorar aspectos imprevistos, mas sempre atento a um pano de fundo condutor, que são os objetivos da pesquisa.

Segundo Britten (2005, p.23), os entrevistadores qualitativos “objetivam ir além da superfície do tópico que está sendo discutido”, e normalmente a entrevista possui um roteiro com questões centrais pautadas nos objetivos do estudo. Um pesquisador faz uma entrevista para compreender coisas que não sabe, e este conhecimento deve ser construído a partir da escuta respeitosa e da localização desse sujeito em um tempo, um local e numa história pessoal única. Uma entrevista semiestruturada admite, por essência, o respeito com a dinâmica pessoal do entrevistado, ao mesmo tempo que dá flexibilidade ao entrevistador para estender suas perguntas para além do inicialmente programado.

No roteiro de entrevista (Apêndice I), minha proposta foi elencar algumas questões disparadoras, com o cuidado de não prender o curso na entrevista em uma rigidez formal. Desenvolvi dois roteiros, um para os usuários e outros para os profissionais e membros da Associação, respeitando as especificidades de cada um desses grupos. As entrevistas com usuários envolveram coleta de informação sobre a história de vida, do tratamento, das relações com o entorno próximo, família, amigos e com um entorno circundante, como, por exemplo, serviços de saúde e educação, entre outros. Essa sondagem sobre possibilidades e dificuldades de inclusão social em rede é uma das questões associadas à existência cidadã, e, nesse sentido, foi importante incluí-la na entrevista. Neste instrumento também foi incluída sondagem sobre a percepção deles acerca de seus direitos, estimulando o relato de experiências nesta temática. O instrumento de coleta de dados dos profissionais e membros da Associação buscava, entre outras coisas, informações sobre qual a percepção que tinham sobre os direitos da pessoa com transtorno mental, como isso estava sendo viabilizado no cotidiano de cuidados, e se observavam violação dos mesmos.

Outro procedimento adotado foi a observação do campo, que agrega interessante riqueza na colheita de informações, visto que permite investigar os aspectos relacionais para além do que é falado em uma entrevista. O pesquisador entra no universo dos pesquisados e compartilha suas experiências. As observações feitas foram registradas no diário de campo, que serviu de material guia para as análises posteriores. Minayo (2006) sintetiza as recomendações do antropólogo inglês Malinowski (1975) sobre o que deve ser observado numa realidade empírica: as regras formuladas ou implícitas nas atividades de um grupo social; a forma como as regras são obedecidas ou transgredidas; os sentimentos de amizade, simpatia ou antipatia entre os sujeitos em interação; aspectos legais e íntimos das relações sociais; tradições, costumes e o tom de importância que lhes são atribuídos; ideias, motivos e sentimentos compartilhados por pessoas e grupos na compreensão da totalidade de suas experiências e vivências.

Maringá é uma cidade que possui vários dispositivos de saúde mental, e dentre estes, quatro dispositivos CAPS: um CAPS II, um serviço ambulatorial em transição para CAPS III, um CAPS álcool e drogas e um CAPS infantil. Estes dois últimos eu excluí pelas especificidades do público que atendem, e que exigiriam que eu abrisse outras frentes de reflexão no meu estudo. Assim, fiquei com o CAPS II Canção e o CAPS III/ CISAM, que está em fase de transição de ambulatório para CAPS, serviços que atuam especificamente com pessoas com transtorno mental.

Recorri à entrevista semiestruturada, à observação do campo e ao estudo documental dos projetos, diretrizes, planos municipais dos dois serviços pesquisados. Passei uma semana na cidade, realizando um total de vinte e três entrevistas com profissionais, usuários e familiares. Foram dez entrevistas com profissionais de saúde mental, cinco em cada um dos dois CAPS que atuam com pessoas com transtorno mental. A opção aqui foi absorver diversidade de profissões, e assim entrevistei dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois psicólogos, dois psiquiatras e dois terapeutas ocupacionais. Foram feitas oito entrevistas com usuários dos CAPS e cinco com membros da AMSM, entre diretoria, familiares e frequentadores de oficina. Para as entrevistas foram respeitados os esclarecimentos iniciais e a concordância oficializada pela assinatura do TCLE, que foi elaborado com redação diferenciada para cada um dos públicos entrevistados. Também circulei pelos serviços, participando como observadora em diferentes atividades, como será detalhado no quinto capítulo. A observação não foi aleatória e buscou identificar as

relações estabelecidas entre o grupo, notadamente na questão tema desta pesquisa: de como os direitos de cidadania estavam se configurando no cotidiano de cuidados e como se estabeleciam as relações, se no formato de hierarquia de poder ou em composição mais horizontalizada.

Após uma leitura transversal do material transcrito, realizei uma pré-análise crítica e clínica, a partir de categorias identificadas pelo estudo teórico que foi feito inicialmente. Este olhar crítico e clínico buscou identificar o que foi visto e o que foi ouvido, o explícito e o implícito que aparece através das contradições e incoerências que ficavam em evidência. Os estudos realizados e aqui apresentados nos capítulos iniciais foram fundamentais no sentido de refinar o meu olhar de pesquisadora para a temática da cidadania.

A análise do material coletado nas entrevistas e na observação considerou os preceitos desse outro paradigma de cuidado que tem por núcleo a questão da cidadania da pessoa com transtorno mental. Como estratégia metodológica para análise das entrevistas e das observações realizadas no campo, recorri ao proposto por Aguiar e Ozella (2006), e que foi nominado de “Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos”, que permitiu um vislumbre organizado das falas dos profissionais, usuários e membros da Associação. Essa forma de análise de conteúdo, também chamada por Minayo de “Análise Temática”, reúne núcleos de sentido em duas etapas: pré-análise dos documentos selecionados, mediante uma leitura flutuante que permite reconstituir os Corpus de sentido de maior representatividade, formando categorizações que orientam a análise; e interpretação dos dados, colocando em relevo as informações obtidas, realizando inferências e relacionando-as com os quadros teóricos adotados.

O trabalho no conjunto, desde os dados históricos e documentais até os dados colhidos no campo, foi submetido a uma análise Hermenêutico-Dialética, enfoque desenvolvido por Habermas em seu diálogo com Gadamer (MINAYO, 2006), opção que proporcionou uma reflexão além do conteúdo e do discurso, uma vez que permitiu reconstituir um caminho do pensamento, mostrar oposições, contrastes, contradições e paradoxos, numa ecologia de saberes, consolidando uma vigilância epistemológica do constructo cidadania. Minayo (2006), recorrendo a Gadamer (1999), apresenta a hermenêutica como *a arte da compreensão*, pautada no processo de intersubjetividade e na capacidade de o pesquisador se colocar no lugar do outro. A hermenêutica ocupa-se da arte de compreender textos, narrativas

ou documentos nos quais se marcam encontros entre passado e futuro, entre o diferente, a diversidade e a alteridade. A compreensão se transforma numa tarefa de entendimento e de estranhamento. A dialética, por outro lado, é *a arte do estranhamento e da crítica*.

Segundo Minayo (2006), tomando como base os estudos de Kant (1980), Hegel (1980) e Engels (1952), as ideias e os princípios da razão tendem a contradições, estão associadas a dimensões ontológicas, lógicas e metodológicas e propiciam a articulação entre as partes num todo. É uma forma de pensar a história da natureza e da natureza humana através das leis da dialética, em que a morte é entendida como essencial à vida e, de outro lado, a negação da vida está contida na própria morte. Esse pensamento sob a forma de oposições propicia um entendimento de que no universo tudo está em movimento e está sempre em transformação. Além disso, na visão marxista, acrescenta Minayo (2006), a dialética é o estudo da oposição das coisas entre si, ou seja, ela se constitui como um processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações, numa incessante busca de aprofundamento do conhecimento humano. Nesse enfoque, a historicidade é valorizada, uma vez que não existe ponto de vista fora da história, não sendo nada fixo e absoluto. Em síntese, cada coisa é um processo, articulada num encadeamento de processos, trazendo em si uma contradição.

A análise Hermenêutica-Dialética que atravessa os próximos capítulos, compondo uma ecologia de saberes sobre cidadania e práticas de cuidado, está pautada nos seguintes princípios: a busca de dados históricos, de um saber partilhado com outros, marcado pela tradição, cultura e conjuntura; uma postura empática e de respeito ao teor de racionalidade e de sentido dos textos e de sua época; a renúncia por buscar uma verdade essencialista, construindo interpretações sempre provisórias e abertas a novas perguntas; os apontamentos de diferenças e semelhanças; a exploração das definições que se tornarem viáveis, dentro da compreensão ou do estranhamento intersubjetivo possível; a atenção aos limites da compreensão, pois, como diz Habermas (1987,p. 20), "a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia". Por fim, partilhar do entendimento, como diz Minayo (2006), de que *compreender é sempre compreender-se*.

A análise presente no quinto capítulo pinçou três núcleos de sentido, e optei por identificar cada um deles de forma interrogativa, para marcar, já no anúncio da

discussão, as tensões e contradições identificadas nas entrevistas e observações realizadas, em convergência com o quadro teórico-conceitual adotado nos capítulos dois, três e quatro. Foram eles: (1) Cidadania em relação ao tratamento ofertado? (2) Cidadania e o olhar sobre a pessoa com transtorno mental? e (3) Cidadania e a garantia dos direitos?

1.4 CONTRIBUIÇÕES DE UM DOUTORADO SANDUÍCHE EM PORTUGAL

Registro aqui o período em que estive em estudos doutorais sanduíche³, que foi especialmente rico por possibilitar contato com as discussões europeias dos sobreviventes da psiquiatria e com o conceito, por exemplo, de *recovery*, de cidadania relacional, entre outros, que oportunamente serão debatidos no interior do texto. Através da leitura de material acadêmico, das discussões em sala de aula durante a disciplina que cursei no Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, e também através da participação em diversos eventos nas áreas de psicologia e psiquiatria portuguesas, pude agregar ao meu estudo questões contemporâneas e ainda pouco debatidas no Brasil.

Também registro os diversos encontros acadêmicos de orientação que tive e que deram diferentes contributos para o desenvolvimento da minha pesquisa, tanto no aspecto teórico das categorias de análise, como na proposta metodológica da pesquisa de campo. Esses autores serão contemplados no correr do texto desta tese, mas destaco aqui Boaventura de Sousa Santos, autor que tive a possibilidade de estudar mais profundamente através da sua produção acadêmica, além da oportunidade de o escutar em conferência. Uma questão que atravessa meus estudos e foi problematizada por Boaventura refere à preocupante visão universalista dos direitos humanos, que nega os aspectos culturais, pesando a perspectiva do ocidente que tende a considerar seus valores como universais. A questão abordada por esse teórico acerca da hermenêutica diatópica parte do princípio da compreensão mútua de diferentes universos de sentidos. A proposta dele foi fugir do preceito universalista dos Direitos Humanos e buscar uma concepção mestiça, em que um mix de sentidos locais se entrelaça para formar

³ Fui contemplada com a bolsa de Doutorado Sanduíche CAPES, e no período de setembro 2015 a fevereiro 2016 estive em estudos doutorais no Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra, Portugal, sob a supervisão do Professor Dr. Fernando Fontes.

redes de referências normativas capacitantes. O objetivo não é a completude, visto ser irreal, mas sim ampliar a concepção da impossibilidade de o tema direitos humanos ser transformado em algo finito e acabado. A base da hermenêutica diatópica está na capacidade de diálogo intercultural (SANTOS, 1997), e esta concepção permite outra perspectiva na inter-relação Direitos Humanos e Pessoa com Transtorno Mental, já que pressupõe diversidade e não o simples encaixe de premissas duras e inflexíveis dos Direitos Humanos universalistas para esse grupo em especial.

Duas experiências que tive em Portugal me permitiram contato com o tratamento ofertado fora do campo acadêmico dos congressos: a visita ao Hospital Sobral Cid, uma unidade de atendimento psiquiátrico em funcionamento em Coimbra/Portugal, fundado em 1945 e a participação na Caminhada pela Saúde Mental (10/10/2015), evento organizado pela Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (FNERDM), para marcar o Dia Mundial da Saúde Mental, comemorada anualmente em 10 de outubro. Nesse evento eu conheci familiares e pessoas com transtorno mental, com quem interagi, podendo absorver um pouco como era o tratamento que faziam.

Penso que durante todo o período do doutorado sanduíche eu tinha por foco o cuidado psicossocial associado ao resgate/respeito à cidadania das pessoas com transtorno mental. Esse foco, somado a certa curiosidade de trabalhadora e pesquisadora da área mental, além da disponibilidade de tempo para circular despretensiosamente em uma perspectiva de atenção flutuante, me permitiram embrenhar por diferentes ações e autores que resultaram no enriquecimento deste estudo e que, por fim, também me estimularam a fazer a revisão do *locus* da pesquisa de campo.

1.5 METAMORFOSE DE UM TRABALHO DE CAMPO: REDEFININDO ESCOLHAS

A ideia original do estudo de campo era a de pesquisar sete projetos aprovados pela Portaria GM 132⁴, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a). Esse

⁴ Esta Portaria objetivou instituir incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). O Edital da IV Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial (agosto 2013) foi o último lançado pelo Ministério da Saúde e aprovou cento e nove projetos brasileiros totalizando um

campo inicial foi selecionado porque tais projetos mantinham, por critério de seleção, relação com as “diretrizes gerais das Políticas de Economia Solidária de acesso ao trabalho, solidariedade, inclusão social, cooperação, autogestão e geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos.” (BRASIL, 2012a). Assim, a inclusão pelo trabalho prevista nesses projetos mantinha direta relação com o estudo acerca da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Por diferentes razões⁵, abaixo explicitadas, o campo foi alterado de sete para um município e a pesquisa associada aos projetos de reabilitação passou a ser pesquisa em dispositivo CAPS. De fato, essa mudança não alterou os objetivos e a hipótese do estudo que anteriormente foram avaliados pela banca de qualificação.

Considero que minha ausência do Brasil por seis meses, para os estudos de doutoramento sanduíche no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra resultou em um intervalo importante para reavaliação do campo de pesquisa, já que os estudos que fiz nesse período me levaram a refletir sobre a importância de incluir na minha pesquisa as organizações de movimento social das pessoas com transtorno mental. A pergunta que eu me fazia era: como é possível pesquisar

investimento financeiro de R\$ R\$3.875.000,00. O incentivo financeiro previa R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiassem entre 10 e 50 usuários, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas envolvendo entre 51 e 150 usuários e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que atendessem mais de 150 usuários (BRASIL, 2012a)

⁵ (1) Para autorização do Comitê de Ética, foram coletadas assinaturas de aceites institucionais de pesquisa nos sete municípios que tiveram projetos aprovados na IV Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial (agosto 2013) e postado na Plataforma Brasil em período anterior aos meus estudos de doutoramento sanduíche no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. (2) Ainda que com as autorizações das instituições devidamente formalizadas, o Comitê de Ética, em seu parecer, colocou em pendência a aprovação do projeto exigindo a assinatura do coordenador dos projetos, solicitando que seria “necessária a assinatura do pesquisador e do pesquisado em todas as páginas”. Registro que eu já tinha percorrido aproximadamente mil e quinhentos quilômetros para a explicação do projeto para seus autores e para as instituições nos quais os projetos estavam vinculados – CAPS e Secretarias Municipais de Saúde –, com o detalhe de que foram custeadas pessoalmente. Além disso, no conteúdo do projeto estava destacado como critério ético do estudo que nenhuma entrevista seria realizada sem a autorização oral e escrita do entrevistado, devidamente formalizada através do TCLE. Nesse sentido, me pareceu uma solicitação meramente burocrática do Comitê de Ética colocar pendência em minha pesquisa solicitando mais uma autorização, visto que já tinha sido coletada autorização junto às instituições envolvidas: em alguns municípios, e que a autorização foi assinada por representante da Secretaria de Saúde; em outros, pelos coordenadores dos CAPS, aos quais estava vinculado o projeto, e, em alguns casos, tais representantes coincidiam com a autoria dos projetos. (3) De qualquer forma, mesmo considerando que a pesquisa que eu apresentei junto ao COEP atendessem a todos os requisitos éticos para com os sujeitos envolvidos, não era minha intenção fazer novamente o percurso de mil e quinhentos quilômetros apenas para a coleta de mais uma assinatura, já que eu não poderia iniciar a pesquisa sem o parecer favorável do Comitê.

cidadania sem abordar o movimento de usuários e familiares? Passei também a fazer uma avaliação mais crítica do meu campo, que até então estava associado aos sete projetos aprovados e vinculados a um aspecto da vida cidadã, que é o trabalho. Cidadania, pelos meus estudos, estende-se para além da possibilidade de trabalho: passa por ele, mas não se encerra nele, ainda que considerada a importância do aspecto produtivo na vida de todos. Com tais reflexões, a opção foi, por um lado, reduzir o campo de sete para uma unidade de pesquisa; mas, por outro aspecto, estender o estudo para além de um projeto ou programa: a proposta agora foi, respeitando os objetivos iniciais, pesquisar a cidadania no cuidado ofertado pelo dispositivo CAPS e em uma entidade associativa.

E, claro, confesso que também existiu certo desejo de insubordinação a uma lógica de pesquisa cuja ética é meramente burocrática e que aprisiona o pesquisador, aumenta custos financeiros e que inverte o uso do tempo da pesquisa, na medida em que é gasto mais tempo com aspectos burocráticos do que com a pesquisa em si. Sem negar a importância dos cuidados éticos quando envolve sujeitos vulneráveis, como é o caso desta pesquisa, e da importância de órgão regulador dessa ética, considero que a preocupação com a falta de visto em uma página, desconsiderando a existência da autorização institucional somado aos procedimentos éticos previstos no estudo, para mim, é indicativa de uma abordagem mais policalesca do que com preocupações de respeito ético com os sujeitos.

Com todas essas questões, optei por escolher os serviços CAPS e AMSM de Maringá, o que exigiu, pelo aspecto burocrático do COEP, postagem de novo projeto, no qual respeitei integralmente os objetivos e métodos anteriormente apresentados no processo de qualificação. As duas únicas modificações presentes nesse novo projeto foram (1) alteração no *locus* da pesquisa e no cronograma e (2) exclusão da proposta metodológica da pesquisa de uma usuária de CAPS já falecida e que teve seus direitos violados. Esta segunda alteração respeitou a sugestão dos membros da banca de qualificação que, de forma unânime, consideraram que a história de Janira não deveria fazer parte deste estudo, argumento com o qual concordei porque, de fato, aquela é uma história com impacto pessoal, fonte inspiradora deste estudo, mas que demandaria outra pesquisa com outro formato. Este novo projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e aprovado em junho de 2016.

Os próximos capítulos apresentam as dimensões históricas, conceituais, documentais e as práticas institucionais em que o constructo cidadania passará a

ser analisado, formando uma ecologia de saberes sobre a cidadania e as práticas de cuidado, além de promoverem uma vigilância epistemológica do constructo cidadania desde a implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

CAPÍTULO 2

A LOUCURA NA HISTÓRIA – DA MORTE SOCIAL AO CUIDADO PSICOSSOCIAL EM TERRITÓRIO

Saúde e doença são construções que, por essência, não podem ser descolados do modo de produzir a vida, visto que estão atravessados pelos aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos, em cada momento histórico. As classificações presentes nos manuais de psiquiatria devem ser analisadas na perspectiva do contexto no qual se inserem, e não como verdades inquestionáveis postas pelos campos da biomedicina, da bioquímica, da genética. Scliar (2007, p. 30), em estudo sobre o conceito de doença, exemplifica algumas classificações patológicas feitas pela ciência em idos tempos:

Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego drapetes, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagista sul dos Estados Unidos. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”, outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados.

Assim como posto no século XIX, o mundo ainda não prescinde da necessidade de classificação do comportamento humano em categorias psicopatológicas, e em pleno século XXI existem discussões acerca do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM) versão V (2013), questionando sua postura de exagero contemporâneo na patologização e medicalização⁶ dos comportamentos e emoções.

Pelo prisma classificatório, praticar saúde fica reduzido à escuta de sintomas e sinais, transformando a complexidade do adoecimento em uma formalidade burocrática. Dessa forma, as ações de saúde estão implicadas em uma relação de mercado, com foco na sintomatologia e na prescrição medicamentosa, relativizando questões fundantes, associadas a uma composição de estado neoliberal em que os

⁶ A medicalização consiste em um enquadre biomédico de questões que, a princípio, estariam vinculadas ao campo das emoções humanas: “é um processo pelo qual a medicina se apropria do modo de viver da sociedade, e, assim, legisla e normatiza sobre os seus mais diversos comportamentos.” (SILVA et al., 2012, p. 48).

interesses econômicos de alguns se sobrepõem aos interesses e necessidades da coletividade.

A título de ilustração acerca da excessiva patologização do que, a princípio, pertence ao humano, às contingências da vida e ao campo das emoções, registro o enquadre do luto no capítulo dos transtornos mentais, em que a tristeza pela perda de um ente querido foi categorizada como doença. Como um ponto controverso, ficou definido no DSM – V edição que uma tristeza que perdurar por um curto período após perda afetiva pode ser classificada como depressão e, portanto, passível de medicalização. Os questionamentos disso implicam considerar a presença de interesses de mercado⁷ na patologização de emoções que, a princípio, deveriam ser naturais ao processo do viver. Nesta lógica de medicalização das emoções, resultado de uma leitura unidimensional e bioquímica, fica implícita a negação da pluralidade da existência humana, em que afloram os sofrimentos. Assim, questões como tristeza profunda, alteração de sono e de apetite, sentimentos de angústia podem receber um rótulo patológico, negando o que há de mais humano na condução da vida: os sentimentos e emoções. “O DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos (que será no caso da depressão o risco de suicídio).” (CAPONI, 2014, p. 759).

Para além das questões mercadológicas claramente presentes na patologização das emoções, vale registrar outro ponto: a psiquiatria – historicamente considerada pela medicina como um “primo pobre” em razão dos questionamentos

⁷ “As indústrias farmacêuticas precisam estar constantemente criando novas demandas e necessidades de medicamentos a fim de sobreviver e gerar lucros; o mercado deve ser constantemente expandido e renovado. A generalização de uma dita ideologia consumista é fundamental para que as necessidades da produção capitalista tornem-se partes das necessidades de saúde individuais e coletivas. No Brasil, por exemplo, Giovanni (1980) e Cordeiro (1980) mostraram como o sistema de atenção médica se organizou articuladamente com os interesses do chamado complexo médico-industrial, onde se inclui a indústria farmacêutica. É do interesse da indústria farmacêutica “vender” a ideia de que os medicamentos significam a própria saúde, para ter impacto sobre políticas de saúde e a prática médica: assim, os significados positivos dos medicamentos e da terapêutica médico-científica (alopática) são valorizados e enfatizados, tendendo-se a minimizar ou omitir os lados negativos (ver, por ex., Hemminki & Pesonen, 1977; Silvermann et al., 1982; Hemminki, 1988; Tomson & Weerasuriya, 1990); assim, são diversas as estratégias mercadológicas em que os significados simbólicos dos medicamentos e da moderna terapêutica são manipulados; nesta linha de análise, podemos citar Goldman & Montagne (1986), Kleinman & Cohen (1991), Riska & Hagglund (1991), entre outros. Além disso, os produtores de medicamentos atuam na divulgação e fortalecimento do paradigma médico hegemônico, no qual a doença é vista como o resultado da ação de agentes específicos em locais específicos do organismo podendo, portanto, ser curada pelas “balas mágicas” (as “magic bullets”, de Ehrlich) desenvolvidas pela tecnociência moderna. dentro de rigorosos parâmetros científicos e racionais.” (SOARES, 1997, p. 7).

acerca de sua identidade científica, a partir da década de 1950, com as descobertas dos psicofármacos – viu seu campo ser reconfigurado por uma premissa bioquímica e de tratamentos medicamentosos. Assim, a medicina mental e a medicina biológica se aproximaram: “completou-se, com isso, o sonho do saber psiquiátrico de se transformar não apenas numa ciência, mas numa especialidade médica.” (BIRMAN, 1998, p. 39).

A constituição histórica da psiquiatria apresenta subsídios para melhor compreender essa questão; assim, o propósito deste capítulo é trazer um pouco desta história, sempre com foco em como o constructo da cidadania atravessou esse processo. Não tenho a pretensão de detalhar a história⁸ e sim de trazer o percurso das mudanças no modo de cuidado em saúde mental. Minha estratégia foi fracionar em tópicos, iniciando com a constituição da psiquiatria, por Pinel no século XVIII, que marcou a configuração original de doença e elegeu o hospital psiquiátrico como o lugar de cuidado. Se por um lado o ato de Pinel retirou o grupo das pessoas com transtornos mentais de outro grupo, o dos “excluídos sociais”, paradoxalmente o tratamento ofertado foi pautado pela exclusão, recebendo a herança que, séculos antes, era da hanseníase.

Sigo o capítulo, no tópico 2.2 O pós-segunda guerra mundial e as críticas ao tratamento mental, apresentando os questionamentos sobre o tratamento hospitalar que pipocaram em diferentes países no pós-Segunda Guerra Mundial. Alguns desses movimentos com propostas de um viés mais humanizado e ainda com *locus* no tratamento hospitalar, outros com proposta de revisão no tratamento, deslocando o local de cuidado para o território. Desses projetos de revisão de tratamento, destaco o Movimento Democrático Italiano, que trouxe as bases do modelo brasileiro e que apresenta por núcleo duro a questão da cidadania. Essa discussão está presente nos tópicos seguintes, em que trago algo da história brasileira de constituição do tratamento (2.3 Os primórdios das práticas psiquiátricas e médicas no Brasil), e algo da prática progressiva e intensa no tratamento pela via da

⁸ Para os interessados em aprofundar a história que aqui apresento pontual e no que está atravessada pela premissa da cidadania, recomendo a leitura do livro de Castel (1978) *A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo*, que traz com brilhantismo o nascimento da psiquiatria em suas múltiplas dimensões. Para o aprofundamento histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira, recomendo um texto clássico de Amarante (1998): *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*.

hospitalização pautada por interesses de mercado (2.4 Cuidado em saúde mental, hospitalização e indústria da loucura).

Na sequência (2.5 Surgimento da atual política pública em saúde mental no país e 2.6 Avanços e recuos da Reforma Psiquiátrica brasileira), o propósito foi situar historicamente alguns marcos na constituição desta nova forma de cuidado, além de apresentar a coexistência contemporânea de dois modelos, problematizados no último tópico, o 2.7.

2.1 O PARADIGMA DA SEGREGAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA

Os tratamentos para as pessoas com transtorno mental, historicamente, e não poderia ser diferente, sempre acompanharam a concepção vigente na época: “la cabeza piensa donde pisan los pies”, como bem lembrado por Frei Betto (2013). Na antiguidade foi configurada como prática mitológica, “nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 2), e os loucos eram considerados em relação direta com os deuses, e, por conseguinte, pertencentes ao campo do sagrado e mensageiro de verdades. No período da Inquisição ainda existia a relação com o sagrado, mas com outro formato: os loucos eram categorizados como bruxos e queimados, em uma concepção religiosa que fortalecia as crenças espirituais, com forte indicativo do poder da igreja no comando das vidas. Essa ideologia religiosa enquadrava os hereges e os divergentes da ideologia como loucos, bruxos, feiticeiros e tinham por “tratamento” a fogueira.

Na antiguidade clássica existiu o rompimento entre o místico e o racional. Esse novo olhar sobre a loucura foi identificado por Foucault (1978) nas artes, que passaram a encarnar “a loucura em forma de tentação, expondo o mundo com tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano.” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 593).

Foucault (2012) registrou o desaparecimento, no mundo ocidental, da lepra no final da Idade Média, e dois séculos depois apareceu uma nova “encarnação do mal, outro esgar do medo, mágoas renovadas de purificação e exclusão.” (FOUCAULT, 1978, p. 3). Assim, com a marca da exclusão social, a loucura ocupou o lugar social pertencente à lepra, dois séculos depois de seu desaparecimento.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, novo, e uma cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1978, p. 6-7).

Por crenças religiosas, está presente nessa concepção que aquele que exclui o faz por benevolência, e o sofrimento do excluído será recompensado com a salvação. Assim, o que abandona e exclui será salvo, ao mesmo tempo que ao excluído é possibilitada uma forma diferente de comunhão com o divino, ou seja, todos serão divinamente recompensados.

A inclusão dos loucos em um mesmo grupo que os pobres, presidiários e desajustados de uma forma geral sugerem uma classificação pautada pela ordem moral e econômica, indicando tentativa de afastamento social de todos os que não se enquadravam na ordem social vigente. Em meados do século XVII, diz Foucault (1978), foram construídos, na Europa, os primeiros estabelecimentos para internação que acolhiam, além dos loucos, pessoas com doenças venéreas, mendigos, vagabundos, sujeitos que se enquadravam à margem da ordem social e da moral vigente. Tais internações não se configuravam como estratégia de tratamento: a psiquiatria enquanto ciência médica ainda não estava posta. Segundo Millani e Valente (2008, p. 6), essas instituições cumpriam o papel de “implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas.” Além desse propósito, essas instituições também confirmavam papel caridoso da Igreja de assistir os pobres, com uma prática que, na verdade, segregava e colocava em ordem o mundo da miséria.

A internação dos loucos nessas instituições estava associada a sentidos políticos, econômicos, sociais, religiosos e morais: ao mesmo tempo se constituindo como exclusão social e reintegração espiritual (FRAYZE-PEREIRA, 1986, p. 50). Assim, a internação é, “ao mesmo tempo, assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (AMARANTE, 1996, p. 38), extrapolando os limites de uma instituição médica e constituindo-se em uma estrutura situada entre a política e a justiça.

Considerando Frayze-Pereira (1986, p. 68), a relação entre loucura e maldade se firma na era clássica sendo que “a partir do século XVII, a loucura vai

estar indissoluvelmente ligada a uma má vontade, a um erro ético.” O pedido de internação não é feito pelo médico, e sim um pedido ao rei ou autoridade judiciária⁹ por familiares ou pessoas do círculo do sujeito. Existia uma concepção de animalidade da loucura em contrapartida com a racionalidade humana. Aos loucos não eram atribuídas qualidades humanas, mas qualidades animais, que os protegiam de doenças, calor, frio, dor. E assim, com essa invulnerabilidade animal, não necessitavam de proteção: “nesse sentido, eles não precisam ser curados (a loucura não é doença), nem corrigidos (ela não é desvio). Para ser dominada, a loucura deve ser domesticada e embrutecida, pois a sua natureza é diferente da natureza do homem” (FRAYZE-PEREIRA, 1986, p. 71).

Até então o entendimento de doença ainda não estava presente, e foi apenas no século XVIII, com Pinel (FOUCAULT, 1978), que a loucura foi assim concebida. Boarini (2006, p. 26-27) registra que Philippe Pinel assumiu a administração do Asilo Bicêtre em 1793 e também do asilo Salpêtrier

[...] e aí promove a histórica transformação na forma de cuidar do louco. Como atitude inicial, ele lhe solta as correntes, abre as janelas e o trata com dignidade. Estas atitudes tinham como ponto de partida uma verdadeira revolução conceitual, que entende a loucura como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, sendo ela, como tal, uma doença. Esta alteração, como explicava Pinel, poderia ter sido provocada por causas físicas – como pancada na cabeça, formação defeituosa do cérebro e hereditariedade – e por causas morais, como paixões intensas e excessos de todo tipo. Aliás, estas últimas eram consideradas as causas mais importantes. Nesta perspectiva, reafirmava-se a necessidade de reclusão, então a serviço da disciplina, já que o objetivo é o tratamento moral. É necessário lembrar que esse período marca o fim de uma era dominada pelo saber místico, sobrenatural, e a verdade passa a ser ditada pela ciência positiva, construída pelos próprios homens.

Um diálogo histórico entre Georges Couthon, político francês que com Robespierre e Saint-Just formaram o triunvirato, e Pinel, por ocasião de uma visita de Couthon ao hospital francês Bicêtre, com o propósito de identificar suspeitos que, por acaso, ali poderiam estar:

Pinel levou-o logo para a seção dos agitados, onde a visão dos alojamentos impressionou-o de modo penoso. Quis interrogar todos os doentes. Da maioria deles, recolheu apenas injúrias e palavras grosseiras. Era inútil prolongar por mais tempo o inquérito, Virando-se para Pinel: “Cidadão, será

⁹ Parecem existir algumas similaridades históricas entre essa prática do Século XVII com o protocolo legal, e vigente no Século XXI, em relação à internação involuntária, solicitada para o médico a partir de um pedido da família, ou a internação compulsória solicitada pelo judiciário, legalmente previstas na Lei 10.216 de 2001.

que você mesmo não é um louco, por querer libertar semelhantes animais?” Pinel respondeu com calma: “Cidadão, tenho certeza de que esses alienados são tão intratáveis somente porque são privados de ar e liberdade”. – “Pois bem, faça como quiser, mas receio que você acabará sendo vítima de sua própria presunção.” (SCIPION PINEL, 1836 apud FOUCAULT, 1978, p. 460).

Assim, a loucura passou a ser encarada como premissa da desrazão, e a abolição das correntes que aprisionavam os loucos não implicou a libertação da loucura: a prática da internação se manteve, mas agora pela lógica da medicina. A concepção da animalidade em associação com a loucura ajudou a fortalecer a concepção de desrazão de tais sujeitos, marca presente na origem da psiquiatria.

O que pode ser visto como uma conquista – a apropriação pela ciência médica dos quadros mentais – apresentou consequências paradoxais: ao mesmo tempo que trouxe implícita a indicação de tratamento pela área médica, trouxe também o sentido de doença da desrazão, em que os sujeitos por ela acometidos perdem a condição de decisão sobre si mesmos.

O asilo não libertou os loucos de sua condição marginal e segregada, mas se configurou como um instrumento moral de classificação. “O asilo constitui um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. [...] o que leva Foucault a afirmar que o asilo de Pinel é um microcosmo judiciário, em que a encenação da justiça é parte do tratamento.” (ORNELLAS, 1997, p.106).

Assim, a adjetivação de doença para a loucura implicou a continuidade da exclusão e desqualificação desses sujeitos. O ato de Pinel transformou a loucura em algo do campo da medicina, logo apropriado como discurso e como objeto de intervenção por essa área do conhecimento, embora não efetivando qualquer processo de inclusão, e sim, ao contrário, encarcerando e excluindo.

Para Castel (1978, p. 60)

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da "exclusão" do "isolamento" do "afastamento" para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complexidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa de doença. O que quer dizer isso? O que é a doença mental?

Para Castel (1978) a racionalidade médica, que foi organizada por Pinel, transformou a doença, tal qual as páginas de um livro, em um desfile de sintomas que, à ciência, só restou observar. O saber e a práxis da psiquiatria comungaram de uma mesma racionalidade hospitalar que, como instituição de ordenamento é, em si, o próprio instrumento do tratamento.

E no século XX, embalados pelo clima do pós-Segunda Grande Guerra, o mundo apresentou questionamentos em relação ao tratamento ofertado para as pessoas com transtorno mental. Abaixo será detalhado esse momento da história do tratamento no campo mental, que, em alguns casos, procurou romper com o paradigma secular da segregação.

2.2 O PÓS-SEGUNDA GUERRA MUNDIAL E AS CRÍTICAS AO TRATAMENTO MENTAL

No pós-Segunda Guerra Mundial, o mundo ainda estava em choque pelas atrocidades do nazismo, e muitos soldados sobreviventes apresentavam um quadro importante de sofrimento mental, momento histórico em que o tema da humanização e a sensibilidade ao outro estava a flor do ar. Com este panorama, os questionamentos sobre os tratamentos oferecidos para as pessoas com transtornos mentais também adquiriram uma dimensão de reavaliação.

Ainda na Segunda Grande Guerra, o plano Beneridge¹⁰ na Inglaterra, de 1942, apresentou um modelo de reorganização do sistema de saúde, modelo esse adotado por outros países. Para Foucault (1978), esse plano ainda durante a Segunda Grande Guerra tem um valor simbólico: “É em meio a essa guerra que se encontra afirmado não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo, o direito à saúde.” Saúde se tornou, assim, como um direito das pessoas.

O tratamento para a pessoa com transtorno mental, desde sua configuração como doença, por Pinel no século XVIII, e se constituindo em um constructo do campo biomédico, esteve associado à hospitalização. O asilo se configurou como o lugar social da loucura, e a segregação e o asilamento como o modo de cuidado.

¹⁰ O Plano Beneridge foi encomendado em 1941, ainda na vigência da Segunda Grande Guerra, e tinha o propósito de buscar estratégias para reerguer a Inglaterra depois de encerrada a guerra. Seu conteúdo propunha a implementação de benefícios universais para combater a pobreza. Na perspectiva desse Plano, o governo deveria garantir serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer formas para reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego.

Essa modalidade de tratamento sofreu questionamentos justamente no pós-Segunda Grande Guerra, período em que a temática da saúde mental veio à pauta considerando os danos emocionais nos soldados e também a incredulidade mundial frente à violência segregadora praticada pelo nazismo. Estava presente o propósito de reparação das atrocidades da guerra e, “ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra” (AMARANTE, 1998, p. 28). Assim, as reformas propostas para os espaços asilares tinham como pano de fundo tanto um aspecto humanista, com a preocupação em ofertar serviços com cunho mais humanizados, quanto preocupação econômica, na medida em que se propunham recuperar força de trabalho escassa naquele período.

Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.19),

A grande estação de reforma na Europa e nos Estados Unidos, que envolveu e por vezes transformou em várias medidas os sistemas de saúde mental, foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Neste contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem central utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores, ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal.

De acordo com Birman e Costa (1994), no período pós-guerra, é possível identificar dois momentos distintos de redimensionamento teórico no campo mental: o primeiro com a crítica à estrutura asilar, visto “que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 46). E assim, existiu uma mudança de concepção na medida em que são identificados potenciais cronificadores no interior dos hospitais. Esse conceito foi também abordado por Basaglia, na década de 1960, denominando de “duplo da doença mental”, que pode ser entendido como um grupo de sintomas que não estão associados ao quadro do transtorno mental, mas sim efeitos resultantes do processo de institucionalização (AMARANTE, 1995). E o segundo momento, que redirecionou o cuidado para fora dos asilos, mudando o *locus* do tratamento do hospital para o território. Em cada um

desses momentos estão identificados dois movimentos diferentes, abaixo discriminados.

Dois são os movimentos que se enquadraram no paradigma de crítica ao modelo asilar: a Comunidade Terapêutica Inglesa e a Psicoterapia Institucional Francesa. Apesar da crítica ao tratamento ofertado pelos hospitais psiquiátricos, esses dois movimentos não propunham seu desmonte e sim a humanização desses espaços. A proposta foi transformar o espaço asilar em uma réplica do mundo social, com um tratamento pautado por uma pedagogia social: “As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizados pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 47). A pedagogia social sugere, de forma implícita, uma concepção de desajustamento do sujeito com transtorno mental e, por conseguinte, propõe uma ação terapêutica cujo propósito é o ajustamento ao que está normatizado socialmente. Esses autores registram que essa proposta de tratamento foi considerada inviável em função dos altos custos de sua implementação.

Vale o registro de que a proposta inglesa de Comunidades Terapêuticas em alguns pontos diverge do que, no Brasil, se convencionou chamar também de Comunidade Terapêutica, tão em voga na atualidade. É possível dizer que, no Brasil, tais instituições são estruturas geralmente vinculadas a entidades religiosas e que se fixam distante dos centros urbanos; para tais instituições, o tratamento voltado para as pessoas em uso e abuso de álcool e outras drogas usualmente estão associadas a uma forte concepção religiosa e também ao trabalho voluntário no interior da própria instituição (DAMAS, 2013). Geralmente tais Comunidades Terapêuticas não estão pautadas na lógica da Redução de Danos¹¹, preconizado

¹¹ “A Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos (SP) no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (Mesquita, 1991). Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas [...] Esse processo de ampliação e definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial.” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

pelo Ministério da Saúde, e mantêm vínculo com o setor de segurança pública¹², e não com o setor saúde, indicando uma forte conotação de controle e ajuste social.

Segundo Rotelli (2010, p. 150), a proposta inglesa de Comunidade Terapêutica deve ser valorizada enquanto projeto de modificação do cuidado no interior do hospital, mas não avançou na raiz do problema, que, segundo ele, se concentra na questão da exclusão, que, historicamente, constitui o núcleo duro do tratamento de um hospital psiquiátrico.

A Psicoterapia Institucional, outra modalidade de tratamento proposta nesse primeiro período de redimensionamento teórico no campo do cuidado em saúde mental, foi implementada por François Tosquelles (RUIZ et al., 2013), psiquiatra catalão que atuava de forma clandestina facilitando fugas no período da Segunda Guerra Mundial (PASSOS, 2012). A Psicoterapia Institucional surgiu como um espaço de resistência ao nazismo no trabalho que esse profissional desenvolvia no Hospital Saint Alban, que virou ponto de encontro dos ativistas da resistência, marxistas, surrealistas e freudianos (AMARANTE, 1998, p. 32).

Para Tosquelles, o objetivo era o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, visto que, na sua concepção, era necessário proteger da sociedade a pessoa com transtorno mental, daí a proposta de manutenção dos hospitais psiquiátricos. Para ele, a exclusão social da loucura é uma condição natural da sociedade, considerando utópicas as propostas de ações terapêuticas na comunidade (PASSOS, 2012). Esse modelo de tratamento não rompe com o asilo, “e não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de um

¹² Existem divergências paradigmáticas na premissa de cuidado ofertado para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas proposta pelos serviços de saúde e pelas comunidades terapêuticas. “A política de enfrentamento às drogas no Brasil enseja, em suas proposições, uma luta entre as lógicas de segurança pública e de saúde pública expressas no embate entre as duas políticas instituídas pelo governo brasileiro, a saber: a Política Nacional Antidrogas regulamentada em 2003 pela Secretaria Nacional Antidrogas (estrutura criada pela medida provisória nº 1689 (1998) no governo de Fernando Henrique Cardoso e modificada para “Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas” no governo Lula) e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde instituída em 2004 (Garcia, Leal, & Abreu, 2008). A política de segurança pública segue a lógica do proibicionismo, seguindo o caminho oposto à tentativa de construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica, em que o cuidado à saúde não deveria estar atravessado pela compreensão moralizante do uso de drogas. A lógica do tratamento para usuários de drogas na política pública de saúde, conforme o documento de 2004, estaria pautado pela Redução de Danos, que não prioriza, necessariamente, a abstinência. Existe, portanto, um embate entre os gestores e trabalhadores da saúde, implicados com o cuidado na lógica da Redução de Danos e na defesa do SUS devido ao caráter proibicionista do tratamento que é adotado pelas comunidades terapêuticas.” (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 96).

conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.” (AMARANTE, 1998, p. 34). Vale lembrar, nesse ponto, que cada uma dessas propostas – aqui apresentadas de forma bastante sucinta e com riscos a um reducionismo prejudicial – foi concebida em momentos históricos específicos, contaminadas por um olhar que estava permeado pela configuração de mundo naquele momento. As pessoas com transtorno mental foram um dos grupos perseguidos pelo nazismo; por isso, talvez, considerar como humanitária a permanência desse grupo em instituições asilares pode estar associado a um sentido de proteção.

O segundo período que redirecionou aspectos da teoria e da prática da psiquiatria (BIRMAN; COSTA, 1994) apresentou outras duas propostas conceituais: a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária norte-americana. Em linhas gerais, seus constructos propunham o deslocamento da ação psiquiátrica do hospital para a comunidade, indicando mudança de espaço do tratamento para além do asilo.

Segundo Amarante (1998), a Psiquiatria Preventiva trouxe um novo território para a psiquiatria na medida em que propôs a mudança do objeto: de doença mental para o de saúde mental. Pelos conceitos presentes na Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, as ações na área envolveriam a prevenção primária (entendida como intervenções relacionadas à etiologia da doença mental, que pode ser de origem individual ou associada ao meio), prevenção secundária (que constitui ações vinculadas a um diagnóstico e intervenção precoce, mas presente em um momento em que a doença está instalada) e a prevenção terciária (associada à readaptação do sujeito à vida social após crise).

A crítica para a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária alertava para o fato de que a prevenção primária aparecia como uma estratégia de enquadre moral. Nessa perspectiva, o tratamento mental se configurava como falha do sujeito em sua conexão com o social, e a cura buscava sua integração na perspectiva do que está socialmente normatizado. Assim, o preventivismo atribuía à psiquiatria um papel de agente reequilibrador. “É neste sentido que promover a saúde mental forma um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Trata-se de esquadrihar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57). Para além desse papel normatizador, esta questão remete também a reflexões sobre a classificação das patologias mentais, que,

historicamente, como já abordado anteriormente, esteve vinculada à transgressão das normas vigentes.

Outro tratamento, e que pertence ao segundo período, a Psiquiatria de Setor, nasceu na França e surgiu como contestação da psiquiatria asilar (AMARANTE, 1998, p. 34). O hospital psiquiátrico era visto como um auxiliar ao tratamento, passando a não ser o tratamento exclusivo. A proposta considerava a divisão do território geográfico em setores, em que uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e uma rede de instituições se responsabilizava pelo cuidado de prevenção e pós-cura de uma área de abrangência de aproximadamente 70.000 pessoas¹³.

O resultado da implementação da Psiquiatria de Setor não foi o esperado em vistas à “resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e ‘pós-cura’.” (AMARANTE, 1998, p. 35). Segundo Rotelli (2010, p. 150), “a experiência francesa de Setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria.”

Amarante (2007, p. 41) ampliou a classificação dos movimentos do pós-guerra para “dois grupos mais um”, e caracteriza esse “um” com outros dois movimentos europeus, da década de 1960, que não se encaixavam nos dois grupos já descritos acima, visto que o termo reforma parece inadequado para defini-los. Amarante (2007) cita o movimento inglês chamado Antipsiquiatria e o movimento italiano, protagonizado por Franco Basaglia, chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI).

¹³ Parece que a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no Brasil, criados como dispositivo de tratamento mantém alguma similaridade de organização com a proposta de Psiquiatria de Setor francesa, na medida em que ambas propõem serviços extra hospitalares organizados em uma lógica de território e abrangência populacional. No Brasil, a criação de CAPS seguiu a base territorial prevendo um serviço para municípios de vinte mil habitantes, e, segundo a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a equipes devem ter composição interdisciplinar: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, entre outros. Mas vale destacar que a proposta de tratamento proposto no Brasil pelo CAPS, com sua vertente política, para além do deslocamento do local de atendimento apresenta novo paradigma de tratamento, que oportunamente será pauta de reflexão neste estudo.

A Antipsiquiatria, com nascimento datado na década de 1960 na Inglaterra, representada por Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, também contou com teóricos americanos como Thomas Szasz. Antenado com o movimento *undergroud* da contracultura, como o movimento hippie, que propunha a revisão dos valores e costumes vigentes, a antipsiquiatria “questionava a psiquiatria em seu cerne, negando todas as formas de tratamento tradicional da loucura, e seus seguidores acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e também a partir de práticas discursivas.” (OLIVEIRA, 2011, p. 143). O questionamento acerca das relações de poder, quer no interior de pequenos grupos, quer da sociedade, estão no cerne da proposição desse movimento, “que anula o indivíduo em nome da manutenção da ordem e do bom exercício do poder.” (OLIVEIRA, 2011, p. 151). Artistas denunciavam, através de suas obras, o saber médico psiquiátrico e as atrocidades cometidas no interior dos hospitais psiquiátricos. “Como forma de maquiagem as divergências em relação ao sistema, motivo real pelo qual a maioria foi perseguida, comportamentos e atitudes desses indivíduos foram classificados como anormais, insanos, loucos, nada lhes restando além do exílio nas grades e celas de manicômios e prisões.” (OLIVEIRA, 2011, p. 144).

Também aqui no Brasil, no regime de Getúlio Vargas e posteriormente no governo militar, a psiquiatria foi utilizada como estratégia de controle e disciplinarização (OLIVEIRA, 2011). Vale recordar o livro autobiográfico *Canto dos Malditos* (2001) escrito por Austregésilo Carrano Bueno, cujo texto apresentou a história de um jovem curitibano que nos anos 1970 foi internado em um hospital psiquiátrico por ser usuário de maconha. Submetido a longas sessões de eletrochoque, em 1998 ele deu entrada em um processo judicial indenizatório por erro, tortura e crime psiquiátrico. Anos depois, em 2000, seu livro foi transformado no filme *Bicho de Sete Cabeças*, dirigido por Lais Bodansky.

Assim, o movimento da antipsiquiatria lembrou a associação estrutura social e patologização do comportamento, tão presente na ciência mental desde seu nascimento. Os cinco movimentos reformistas apresentados até agora sugerem a diversidade presente e também os atravessamentos que existem na saúde mental.

E o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), protagonizado por Franco Basaglia, se diferenciou dos cinco anteriormente apresentados por acrescentar à psiquiatria uma análise histórico-crítica em que aponta para a forma

pela qual a sociedade se relaciona com o sofrimento e a diferença. “É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.” (AMARANTE, 1998, p. 47).

É de Basaglia, médico psiquiatra e figura primordial da PDI, a ideia emblemática que, em poucas palavras, condensa a concepção que norteou essa corrente. Segundo ele, a psiquiatria colocou o homem entre parênteses e se preocupou apenas com a doença, destacando sinais e sintomas e secundarizando o sujeito (AMARANTE, 1995).

Em 1961, o médico psiquiatra Basaglia assumiu a direção do Hospital psiquiátrico de Gorizia e implementou profundas mudanças, inicialmente procurando transformar o hospital em uma comunidade terapêutica com características mais humanizadas. Seus estudos e observações o levaram a concluir que não existia possibilidade de mudanças efetivas no interior do hospital. Observou as sequelas da internação através do “duplo da doença mental”, que são os “sintomas” resultantes do processo de internação psiquiátrica, ou seja, sequelas não da patologia e sim do processo de institucionalização dos sujeitos. Assim, para Basaglia, era necessário modificar o tipo de tratamento que, nos moldes hospitalares, era excludente, necessitando avaliar as relações que se estabeleciam entre sociedade e loucura.

Em 1970 ele assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste e, já amadurecido pelo trabalho desenvolvido em Gorizia, “revela o nexos psiquiatria/controle social/exclusão e, portanto, a conexão intrínseca entre os interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica.” (AMARANTE, 1995, p. 47). Basaglia promoveu o fechamento do hospital e a substituição por serviços territorializados e abertos: serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas com poucos leitos, descaracterizando institucionalização, cooperativas de trabalho protegidas, centros de convivência e grupos-apartamentos, que são as moradias para os que delas necessitavam. Tais mudanças foram consideradas pela Organização Mundial de Saúde, em 1973, referência mundial no tratamento para pessoas com transtorno mental.

Rotelli (2010, p. 152) demonstra preocupação em confundir o processo de desinstitucionalização com o de desospitalização:

Porque aquilo que está acontecendo em todo o mundo é que se busca modificar as instituições psiquiátricas, porque são evidentemente escandalosas, sem se modificar a psiquiatria. De qualquer forma, desejam imaginar toda uma rede de serviços externos, que não coloca nunca em discussão a própria origem da psiquiatria. Imaginamos, ao invés, que é necessário desinstitucionalizar a psiquiatria, mudar substancialmente a relação entre médico e paciente.

A Psiquiatria Democrática Italiana representou um projeto político que, partindo da questão da loucura, ampliou o olhar e o contextualizou considerando aspectos econômicos, históricos e sociais, questionando as bases segregadoras e de poder médico presentes na psiquiatria. “A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça.” (AMARANTE, 1995, p. 48). Assim, fica exposta a relação presente, apontada pela PDI, entre classificação de doença, tratamento, relações de poder, cidadania e justiça social. Dessa forma, a pactuação da ciência psiquiátrica com construções socioeconômicas resultou em tratamentos excludentes e que negam o potencial cidadão dos sujeitos.

É fundamental marcar bem esse aspecto político e de mudança de paradigma apresentado pela Psiquiatria Democrática Italiana para entender posteriormente alguns constructos presentes na Reforma Psiquiátrica brasileira, que, em sua essência, foi pautada pelo movimento italiano.

Na sequência do presente estudo, será apresentado um pouco do percurso histórico do tratamento ofertado às pessoas com transtorno mental no Brasil, sem esquecer que o foco aqui analisado é o da cidadania e do cuidado em saúde mental.

2.3 OS PRIMÓRDIOS DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS E MÉDICAS NO BRASIL

Na perspectiva de Resende (1987), se a comparação for entre a Europa do século XVI e anos iniciais do século XIX no Brasil, existiram componentes diferenciados na forma como a sociedade encarou os loucos, já que foram períodos em que a liberdade e a tolerância social experimentada em relação aos loucos foram cerceadas nos dois continentes. A Europa vivia a emergência do capitalismo mercantil, e, por conseguinte, a busca era por um novo homem, perfil esse em que não se encaixavam alguns “desviantes” como os loucos, que contribuíam para o inchaço das cidades, incomodando e perturbando a ordem.

No Brasil do Século XIX existia a circulação nos espaços urbanos dos “loucos de rua”, que, incorporados ao cotidiano das cidades, tinham boa aceitação por parte da população (WEYLER, 2006).

Com características de sociedade rural pré-capitalista, o Brasil era

[...] tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se “um problema” – a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências – e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do “progresso”, que ainda não se tinha instalado no Brasil e já a circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades. (RESENDE, 1987, p. 30).

Para esse autor, dois componentes importantes para diminuir a tolerância social em relação aos loucos e que estavam presentes na Europa – a revolução industrial e o intenso processo de urbanização – não estavam presentes no Brasil. (RESENDE, 1987). Aqui, o incômodo com a presença dos loucos no espaço urbano estava relacionado a serem incluídos no grupo dos inadaptados, cuja solução foi copiada da Europa: remoção social dos elementos que perturbam. Em um primeiro momento, o único objetivo era a segregação e, posteriormente, o tratamento proposto foi o da reeducação para o trabalho, nos moldes do tratamento moral.

No Brasil, a loucura como ação de intervenção estatal surgiu com a chegada da Família Real, no Século XIX (FONTE, 2012). Em 1830 a Sociedade de Medicina e Cirurgia apresentou o mote “aos loucos o hospício” (FONTE, 2012); e no ano de 1841 foi assinado por D. Pedro II o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro, batizado com o nome do príncipe, o Hospício de Pedro II, cujo nascimento está associado a três fatores: reclames de caráter humanitário, visto que muitos estavam encarcerados em instituições do Governo Imperial; solicitações médicas que apontavam para a implementação de práticas de assistência consonantes com as em voga na Europa; e por fim, atenção à necessidade de retirar das ruas esse grupo de pessoas (RESENDE, 1987).

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição da sua

clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como “pobres”; mas entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de “raça pura”, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho. (RESENDE, 1987, p. 39).

A medicina foi chamada a participar do “reordenamento do espaço urbano” com vistas à prática de medidas de controle social. Assim, foi posta a relação entre a exclusão e a “limpeza” do espaço urbano, ao que parece, com viés de higienização desse espaço. Em nome de um processo de “purificação” das cidades, existiu uma aliança entre os alienistas, os urbanistas, os engenheiros e os sanitaristas, com a missão de conter a propagação de epidemias, inclusive as psíquicas, identificando os que estavam à margem da sociedade e isolando-os da sociedade: “na tarefa de livrar a sociedade da degeneração, o alienismo serviu como instrumento para o combate ao crime, imposição de disciplinas para o trabalho e moral familiar e para a higiene social.” (WEYLER, 2006, p. 23).

Em 1830 foi realizado um diagnóstico da situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro, feito pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo o relator da Comissão encarregado desse trabalho, Dr. Cruz Jobim, reivindicado para a medicina a apropriação sobre a loucura (AMARANTE, 2010).

O Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro foi inaugurado em 1852 e até o advento da República foi alvo de críticas que denunciavam a ausência de projeto científico de cuidados: o hospício estava atrelado à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e ligado a setores conservadores do clero.

A literatura brasileira não passou ao largo desse debate e promoveu reflexões sobre o tema: em 1881, o escritor Machado de Assis publicou uma novela chamada *O Alienista*, que apresentou com grande perspicácia e um tempero de humor o processo de psiquiatrização da sociedade. Simão Bacamarte, principal personagem do texto, foi um médico que conquistou destaque na Europa e, quando retornou a sua cidade natal, recebeu autorização para fundar a Casa Verde, um hospício que recolhia os ditos loucos. Com o passar do tempo, Bacamarte internou quase que a totalidade dos moradores de Itaguaí, fato que o forçou a revisar seus conceitos de loucura e “normalidade” e, por consequência, libertou todos os internos da Casa Verde.

Simão Bacamarte achou em si os característicos do perfeito equilíbrio mental e moral; pareceu-lhe que possuía a sagacidade, a paciência, a perseverança, a tolerância, a veracidade, o vigor moral, a lealdade, todas as qualidades enfim que podem formar um acabado mentecapto. Duvidou logo, é certo, e chegou mesmo a concluir que era ilusão; mas, sendo homem prudente, resolveu convocar um conselho de amigos, a quem interrogou com franqueza. A opinião foi afirmativa. [...] Era decisivo. Simão Bacamarte curvou a cabeça, juntamente alegre e triste, e ainda mais alegre do que triste. Ato contínuo, recolheu-se à Casa Verde. [...] Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. (ASSIS, 1994, p. 35-36).

De forma irônica, Machado de Assis não só provocava a reflexão sobre as fronteiras entre o “normal” e “anormal” e sobre a psiquiatrização dos comportamentos, mas também do movimento para incorporação do modelo europeu, lócus da formação de Simão Bacamarte. Mas, afinal, a dicotomia normal/anormal está fadada a um paradigma intransponível: “A se acreditar em Seutônio ou Plutarco, a maioria dos Césares foram loucos, no sentido atual do termo, mas não foram assim vistos pelos romanos que, muito pelo contrário, os consideravam deuses” (ORNELLAS, 1997, p. 85).

Apesar de a fundação dos hospícios estar atrelada a uma perspectiva de tratamento médico e consolidação da psiquiatria, os médicos eram poucos e tinham pouca influência nos processos decisórios dessas instituições, até mesmo nas definições sobre quem seria internado. O comando estava atrelado normalmente à figura do provedor ou das instituições religiosas que comandavam os asilos (RESENDE, 1987).

Com a Proclamação da República em 1889, os moldes existentes dos asilos contradiziam o ideário republicano, na medida em que se apresentavam como instituições despóticas (AMARANTE, 2010). Nesse momento, se constituiu a primeira Reforma Psiquiátrica brasileira, com a implementação de medidas como: desvinculação do Pedro II da Santa Casa, com seu gerenciamento passando à administração pública e a implantação de tratamentos em colônias¹⁴.

Segundo Resende (1987, p. 43), é possível definir o período pós-Proclamação da República como o

¹⁴ “Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias que, por sua vez, são baseadas numa prática natural de uma pequena aldeia Belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada pela Santa Dymfna, a Padroeira dos Insanos. A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.” (AMARANTE, 2010, p. 76).

[...] marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia.

Essa primeira reforma, que se encerrou em 1920, foi caracterizada principalmente pela expansão dos espaços asilares de tratamento, sob o comando de João Carlos Teixeira Brandão, Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, substituído em 1903 por Juliano Moreira, que trouxe a escola alemã, com forte tendência ao biologicismo, contrapondo a corrente francesa, até então encabeçada por Teixeira Brandão.

No início da década de 1920 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que pactuou dos preceitos do movimento de higiene mental como projeto de intervenção no espaço social. A psiquiatria, além da ambição de moldar ideais de comportamentos, passou também a investir na recuperação das “raças” (AMARANTE, 2010). “A visão da vertente mais radical da Liga, liderada por Gustavo Riedel, seu fundador, guiava-se por um princípio moralizador e saneador dos comportamentos, pregando a pureza da raça ainda que fosse à custa da esterilização dos ‘tarados e degenerados’.” (FONTE, 2012, p. 8).

Embora a Liga Brasileira de Higiene Mental tivesse como um dos seus principais objetivos assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos e particulares, ou fora deles, os higienistas defendiam a necessidade do modelo excludente, e, no caso de alta, esta deveria ser tardia. Agiam assim por se orientarem, principalmente, pelas concepções teóricas da degenerescência através da hereditariedade formuladas por Benedict Augustin Morel (1809-1873), pela psiquiatria organicista de Emil Kraepelin (1856-1925) e pelas propostas da antropologia criminal de César Lombroso (1836-1909). Neste sentido, acreditando que a doença mental se transmitia de pai para filho, enquanto no Brasil não houvesse uma lei que permitisse a esterilização das pessoas acometidas de transtorno mental, julgavam necessário mantê-las em reclusão no hospital psiquiátrico, como forma de prevenir a transmissão deste transtorno às novas gerações; e a alta tardia era uma solução [...]. (BOARINI, 2006, p. 32-33).

Na década de 1930 surgiram tratamentos anunciados como revolucionários e proclamados como a cura das doenças mentais, como o choque insulínico, a lobotomia, a eletroconvulsoterapia, para citar alguns; na década de 1950 aparecem os primeiros neurolépticos. Tais tratamentos, e em especial os avanços medicamentosos da década de 1950, marcaram a inclusão da psiquiatria no campo da medicina e integrante do campo da ciência. E este olhar biomédico – que exclui

potenciais socioculturais na composição e tratamento das pessoas com transtorno mentais – foi fortalecido.

Com a aprovação do Decreto-lei 8.555 (1946), foi autorizado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, criado em 1941, a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, ocorrendo, assim, nas décadas de 1940 e 1950, importante expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros. Dados indicam que nesse período existiu predomínio de hospitais públicos que, no entanto, eram passíveis de críticas contundentes em razão da não oferta de tratamento, atendo-se ao papel de exclusão social dos loucos. As críticas da sociedade presentes em manifestações culturais (marchinhas de carnaval, anedotas e rótulos pejorativos de alguns hospitais psiquiátricos) acabaram se transformando em “evidência incontestável de sua incompetência e um forte argumento em favor da excelência da iniciativa privada.” (RESENDE, 1987, p. 43).

2.4 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, HOSPITALIZAÇÃO E INDÚSTRIA DA LOUCURA

O predomínio da participação pública no rol dos hospitais psiquiátricos gradativamente foi sofrendo uma inversão, e nos anos de 1970 é possível registrar uma intensiva participação da rede privada na assistência psiquiátrica, conforme tabela abaixo (GRADELLA JUNIOR, 2002, p. 100).

Tabela 1 – Evolução dos hospitais psiquiátricos, por natureza, Brasil - 1941/97

Ano	Hospitais Públicos	Hospitais Privados	Total
1941	23 - 37%	39 - 63%	62
1961	54 - 40%	81 - 60%	135
1971	72 - 21%	269 - 79%	341
1981	73 - 17%	357 - 83%	430
1991	54 - 17%	259 - 83%	313
1997	45 - 17,5%	211 - 82,5%	256

Fonte: DATASUS (Jornal do CRP - São Paulo, 1999). Extraído de: GRADELLA JUNIOR, 2002, p. 91

A Tabela 1 registra que, em 50 anos, existiu progressivo, ainda que lento, aumento no número de hospitais psiquiátricos públicos, seguido de importante diminuição na década de 1990, acompanhada de uma explosão no número de

hospitais psiquiátricos privados. Entre as décadas de 1960 e 1970, aumentou em 232% o número de hospitais privados, em comparação ao aumento de 33% nos hospitais psiquiátricos públicos.

Segundo Paulin e Turato (2004), no período de 1945/50, no Brasil existia um predomínio de leitos psiquiátricos em hospitais públicos, totalizando mais de 80% do total de leitos. Esse percentual foi invertido, e em 1981 os hospitais psiquiátricos privados representavam mais de 70% dos leitos disponíveis no país. Mas esta expansão dos hospitais privados em detrimento da implementação de serviços públicos não é inocente. “Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado.” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 244). Amarante chama esse processo de mercantilização da loucura e os hospitais de reduto dos marginalizados (AMARANTE, 1995, p. 55-56).

O financiamento do estado para os tratamentos em saúde mental estava quase que em sua totalidade voltado para o pagamento de internações psiquiátricas nas instituições privadas: em 1997, 93,14% do total de gastos estavam destinados à rede hospitalar, enquanto que somente 6,86% eram investidos em ações extra-hospitalares (BRASIL, 2005a, p. 8), em uma lógica que a saúde mental estava sendo vista como mercadoria com foco no lucro, proliferando leitos psiquiátricos pela iniciativa privada e financiados pelo sistema público. O transtorno mental se reduziu a uma mercadoria bastante rendosa, visto que assiste sujeitos cujas falas são desqualificadas e desconsideradas pela sociedade. Assim, em uma perspectiva de mercado, não é questionada a qualidade de um serviço em que a opinião da clientela não tem valoração enquanto usuário/consumidor.

Alguns registros históricos no Brasil indicam o ponto de atrocidades que permearam os “tratamentos” para as pessoas com transtorno mental. O Hospital Colônia da cidade mineira de Barbacena é um desses exemplos.

Essa cidade foi palco de uma grande tragédia na área da saúde mental, publicizada de diferentes formas e em diferentes períodos. Já em 1961, o fotógrafo Luiz Alfredo (ARBEX, 2013; TOLEDO, 2008) publicou na Revista Cruzeiro fotografias que retratavam o esquecimento social de pessoas com transtorno mental: fotografias em preto e branco que apresentavam pessoas desnudas, esqueléticas, deitadas apaticamente e cobertas por moscas, dormindo em montes de feno jogados pelas

paredes dos hospitais. Em registro do que encontrou no Hospital Colônia de Barbacena, Luiz Alfredo relata:

Lembro-me bem do necrotério, onde entrei com facilidade, pois a porta era fechada apenas com um pedaço de arame. Lá dentro fotografei muitos caixões, e três cadáveres jaziam dentro de alguns. Uma carrocinha com uma cruz pintada me impressionou. Nos pavilhões vi muita promiscuidade, pois homens nus, velhos e jovens, alguns ainda meninos, se misturavam sem qualquer critério. Nenhum tratamento, nenhum tipo de ordenamento. Passei por uma cozinha onde carnes eram cortadas no chão e os urubus espreitavam por toda a parte. Íntimos da morte, eles sabiam mais do que nós sobre aquele lugar. (ALFREDO, 2008, p. 27).

No retorno à redação, o fotógrafo relatou que tinha presenciado um “assassinato em massa” (ARBEX, 2013, p. 172) Em razão das imagens chocantes, a publicação das fotografias em cinco páginas da Revista Cruzeiro (13 de maio de 1961) teve imensa repercussão social: “Naturalmente que cartas e mais cartas chegaram comentando a reportagem. Creio que nas assembleias estaduais e mesmo na Câmara Federal aquele tema foi tratado.” (ALFREDO, 2008, p. 27). E, ao que parece, uma repercussão momentânea: “Mas nossa vida no jornalismo era corrida, mal cumpríamos uma pauta, já estávamos em outro assunto, em outro estado e até em outro país. Muito tempo passou. Só vim lembrar dessas fotos 30 anos depois [...]” (ALFREDO, 2008, p. 27). E assim nada mudou para os cinco mil internos que na época estavam em “tratamento” no Hospital Colônia de Barbacena. Chega a ser intrigante a rapidez com que uma denúncia desta amplitude cai no esquecimento.

Esse hospital, repetidamente palco de denúncias, também foi tema de um documentário. ‘Em nome da Razão’, filme dirigido pelo mineiro Helvécio Ratton, lançado em 1979, tem o formato de documentário-denúncia sobre a violência interna daquela instituição. Ainda nesse mesmo ano, o jornalista Hiran Firmino publicou uma série de reportagens intituladas ‘Os porões da loucura’, publicadas no jornal Estado de Minas.

Alguns profissionais, trabalhadores do Hospital Colônia, também manifestaram seu horror ao que ali acontecia. Francisco Paes Barreto, psiquiatra, escreveu o artigo *Críticas do Hospital Psiquiatra* para apresentar em um Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1972. E foi alvo de sindicância pelo Conselho Regional de Medicina, sete anos depois, sob a alegação de ter infringido a ética médica, já que seu artigo foi publicado pela imprensa. É também intrigante não ter sido

questionado por esse mesmo Conselho Médico a ética do tipo de tratamento que estava sendo ofertado.

Também o psiquiatra Ronaldo Simões denunciou o Hospital Colônia, no final da década de 1970, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança. (SIMÕES apud ARBEX, 2013, p. 200-201).

No ano de 1979 o Hospital Colônia de Barbacena teve uma ilustre visita que, de alguma forma, teve grande importância na revisão das práticas correntes no período: Franco Basaglia, comentando sobre o que lá encontrou, comparou-o com um campo de concentração nazista, acrescentando nunca ter visto anteriormente tragédia (ARBEX, 2013, p. 2017).

Sobre a visita de Basaglia ao hospital, o psiquiatra Antônio Soares Simone relata que ele

[...] questionou o governador da época, Francelino Pereira, sobre o que via: um campo de concentração e extermínio, responsável pela fabricação de cadáveres para 17 escolas de medicina, cujas salas de anatomia eram alimentadas pelo CHPB". [...] Seis meses depois aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que pôs em discussão toda a política psiquiátrica no Brasil. A discussão travada pelos técnicos e pela sociedade foi efervescente, calorosa e amplamente apoiada pela mídia. (SIMONE, 2008, p. 29).

Mas essa não foi a única situação brasileira de violência, no campo da saúde mental, que mereceu registros jornalísticos e acadêmicos com o objetivo de trazer à tona os que viviam na obscuridade, escondidos pelos altos muros dos hospitais psiquiátricos, e que experimentavam a situação de "morte social".

Na *Revista em Debate* número 13 (BIRMAN, 1981, p. 63), na abertura de um artigo sobre a *Identidade do Psiquiatra*, foi colocada uma fotografia com a marca do corpo de mulher no piso de um quarto, com a seguinte legenda: "No chão do cubículo a marca do corpo de uma doente mental que morreu há 20 anos, confinada no isolamento de um quarto-cela no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Nenhum tipo de

ácido conseguiu remover a marca resultante da deterioração de seu corpo. Hoje o hospital de Jurujuba começa a abrir suas portas.” A divulgação dessa fotografia deu visibilidade para o esquecimento de uma mulher em uma cela forte de um hospício, que culminou com seu falecimento de fome e frio (AMARANTE, 2007, p. 62).

Cenas como a do Hospital Colônia de Barbacena e do Hospital de Jurujuba eram recorrentes em inúmeros serviços de saúde mental existentes no Brasil. Esse era o tratamento em curso, e não a exceção.

Estamos localizados nos anos 1970/1980, e as atrocidades que aconteciam dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos – que eventualmente eram publicizados pela mídia e presenciadas por profissionais que trabalhavam nesses estabelecimentos – nem sempre eram compactuados por tais trabalhadores. Assim, a indignação foi um dos ingredientes que fermentaram o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que contou com a participação de diferentes atores que compartilharam da construção de outra proposta de cuidado.

2.5 SURGIMENTO DA ATUAL POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL NO PAÍS

O tratamento para as pessoas com transtorno mental, ainda que a psiquiatria confirmasse ser um constructo do campo médico, esteve atrelado a duas questões importantes e descolado do campo médico: o cuidado seguindo a lógica da exclusão social e a ênfase na normatização do comportamento. Exatamente esses dois aspectos serão questionados pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que apresentou constructos para além do processo de humanização e melhoria na qualidade dos tratamentos ofertados até então no Brasil, propondo uma mudança no paradigma psiquiátrico.

Amarante (1995) identificou como marco introdutório do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira a chamada Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão governamental responsável pela definição da política nacional de saúde mental. Em abril de 1978, profissionais a serviço da DINSAM no Rio de Janeiro iniciaram uma greve, nascedouro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator nuclear na crítica ao que estava posto em termos de tratamento psiquiátrico e na construção de propostas que se configuraram no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Segundo Amarante (1995), além do já citado MTSM, vários foram os atores presentes nessa construção, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica, as universidades, os familiares e as pessoas com transtorno mental. Tais atores, com diferentes interesses, formaram o caldo vivo em que proliferaram intensos debates apontando as virtudes e pecados do cuidado existente.

A mobilização do MTSM permaneceu por aproximadamente oito meses em destaque na imprensa, visto que as reivindicações de caráter trabalhista e humanitário tiveram grande repercussão social (AMARANTE, 1995). Ainda no ano de 1978 também aconteceu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú:

Previsto para ser um encontro científico de psiquiatras ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, e uns poucos identificados com a linha entendida como progressista, termina por ser tomado de assalto pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha de servir de avalista para o projeto político do MTSM. (AMARANTE, 1995, p. 54).

No encerramento do Congresso, muitas foram as denúncias, como a privatização dos serviços e a discriminação de assistência para os ricos e para os pobres, reproduzindo no campo da saúde mental – e não poderia ser de outra forma – a situação de exploração e de desigualdades sociais postas no país.

Em janeiro de 1979, foi realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, e os debates enfatizaram a importância de uma interpretação política para a situação de tratamentos ofertados, já que os hospitais eram redutos de “marginalizados” regidos pela lógica de mercado. Isso posto, não bastaria uma reformulação de serviços, fazia-se necessário mudança de paradigma com ênfase nas questões sociais e ideológicas que atravessavam o campo mental.

No início dos anos 1980, existiu uma modificação na lógica de gestão dos hospitais públicos, que passaram a ser gerenciados em cogestão pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Saúde (MS), com as unidades da DINSAM transformadas em serviços com independência financeira e de planejamento técnico. Com possibilidade de maior autonomia, tais serviços passaram a oferecer maior número de ações ambulatoriais, seguindo o preconizado pela psiquiatria comunitária americana. Apesar de o MTSM propor o desmonte da “aparelhagem institucional psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 62), do ponto de vista

estratégico, naquele período, o objetivo foi o de aumentar o número de leitos psiquiátricos em instituições públicas para reverter o financiamento do estado, que, em sua maioria, estava destinando o grosso dos recursos para a compra de serviços nos hospitais privados.

O processo de cogestão teve como principais opositores os “empresários da loucura” que se sentiram ameaçados em seus lucros. Foi criado o Setor de Psiquiatria na Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que iniciou um embate técnico de disputa acerca de qual modelo de assistência em saúde mental seria o mais efetivo. De um lado, os argumentos em favor da manutenção da lógica da mercantilização da loucura; de outro, a mudança de paradigma que preconizava a desinstitucionalização da psiquiatria.

Outra característica de destaque naquele período dizia respeito ao fato de que os postos de chefia, em números expressivos, foram conduzidos por integrantes e fundadores do MTSM, alterando a prática que pactuava dos interesses privados para ações políticas de uma psiquiatria mais social vinculada ao novo paradigma que estava se formando (AMARANTE, 1995). O movimento da contrarreforma se organizava, e existiu uma aproximação entre a ABP e a DINSAM objetivando conquistar espaços na formulação das políticas públicas, que estava sendo ocupado por membros do MTSM:

Essa conjuntura possibilita um enfrentamento entre o MTSM, de um lado, e a DINSAM e a ABP, de outro. O resultado deste enfrentamento é bastante positivo, na medida em que possibilita ao MTSM certo reencontro com suas origens, em uma discussão interna sem precedentes, em que são revisadas as estratégias, as lideranças, os princípios políticos e, até mesmo, os marcos teóricos da reforma psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 70).

Esse embate repercutiu inclusive na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CMSM, 1987), que foi realizada no vácuo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, beneficiando-se do clima histórico vigente, já que ela consolidou as propostas da Reforma Sanitária brasileira.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica, com a marca da desinstitucionalização, teve início na segunda metade da década de 1980, período intenso em termos de acontecimentos, inclusive com a inauguração do primeiro CAPS brasileiro (1987), o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo. Esse foi um período que apresentou a marca de reordenamento na Reforma Psiquiátrica brasileira, que ampliou o campo para além das mudanças na assistência “para alcançar uma

dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.” (AMARANTE, 1995, p. 75-76).

O MTSM retomou suas origens a partir da conclusão de que a simples transformação e modernização das instituições psiquiátricas não seriam suficientes para responder às mudanças que se faziam necessárias. E, nesse momento, a organização de um ator fundamental na luta – as associações de usuários e familiares – e a inclusão desses sujeitos na luta deixaram de ser secundários e passaram a integrar-se na luta política pela mudança do modelo hospitalocêntrico.

Ampliar as ações para além das práticas assistenciais implicou também a revisão da legislação, e a proposta conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica tramitou por mais de dez anos, sendo aprovada (Lei 10.216) com um texto considerado tímido comparado com o originalmente proposto.

Embora saudada como a lei da Reforma Psiquiátrica, seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, de autoria do deputado Paulo Delgado, aprovado em 1989, o qual propunha claramente a "extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços". Neste, tínhamos uma proposta de substituição de modelo e, na lei sancionada em 2001, a substituição transforma-se em proteção de direitos e redirecionamento. (LUZIO; YASUI, 2010, p. 21).

Mas os pressupostos da Reforma foram incorporados em muitas das portarias como o Programa De Volta para Casa, voltado ao projeto de desinstitucionalização direcionaram o modelo de assistência, como a Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002, e a Portaria nº 52, em 20 de janeiro de 2004, que estabeleceram diretrizes para a assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; a Portaria n.º 336/GM¹⁵, em 19 de fevereiro de 2002, que criou os serviços abertos de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III; a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa de sujeitos internados por longos períodos; a Portaria/GM nº 106, em 11 de fevereiro de 2000 que instituiu as Residências Terapêuticas, para citar algumas das legislações implementadas.

¹⁵ Basicamente a diferenciação entre CAPS I, II e III se concentra no volume de população que irá atender, no número de profissionais legalmente previstos e no horário de funcionamento. CAPS I e II estão previstos para atender em horário comercial e CAPS III com funcionamento 24 horas. As cidades entre 20.000 e 70.000 habitantes são apassíveis de acolher CAPS I. O CAPS II está previsto para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III para os municípios acima disto.

Foram anos de ouro em termos de legislação e fortalecimento de direitos e de serviços.

Essa base inicial da Reforma Psiquiátrica brasileira, que foi pautada pelo Movimento Democrático Italiano, forneceu as diretrizes para o que hoje está posto, no Brasil, enquanto política pública de cuidado em saúde mental.

2.6 AVANÇOS E RECUOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Avanços que notadamente marcaram a possibilidade de um tratamento efetivo fora dos muros dos hospitais psiquiátricos e que também serão lembrados nesse texto não foram suficientes para eliminar as tragédias sociais que apresentam fortes componentes de desrespeito aos direitos humanos. São notícias que, publicizadas através da mídia e de estudos acadêmicos, ainda chocam por acontecerem na atualidade e em serviços que recebem financiamento público, embora existam legislações protetivas dos direitos das pessoas com transtorno mental e de fiscalização junto às instituições de tratamento.

O cenário anteriormente apresentado pelo Hospital Colônia de Barbacena não se transformou em relato histórico: passados mais de quatro décadas do início da Reforma, ainda existem denúncias contemporâneas do tratamento ofertado por alguns hospitais psiquiátricos brasileiros. Recentemente, instituições asilares da região paulista de Sorocaba foram denunciados pelo Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas). Essa é uma região bastante pródiga em quantidade de leitos psiquiátricos, existindo 2,3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes, sendo que a Portaria Nº 1101 de 2002 do Ministério da Saúde determina um número máximo de 0,45 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes. Em um estudo sobre a mortalidade nos hospitais de Sorocaba e região, Garcia (2012) apresentou dados impactantes, como a informação de que a mortalidade nesses hospitais foi duas vezes maior quando comparada com outros hospitais psiquiátricos paulistas. Acrescentou o fato de serem mortes de pessoas com idade média de 53 anos, nove anos mais jovens que a média dos demais hospitais do estado de São Paulo. A fiscalização realizada também identificou a violação de vários direitos:

As fiscalizações realizadas in loco por diversas entidades também revelaram irregularidades. Uma delas, realizada no mês de abril de 2011 no manicômio Mental, de Sorocaba, por representantes da Secretaria de

Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE/SP), da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Regional de Psicologia de 6ª Região (CRP-SP) revelou a violação de vários direitos dos internos: direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares, ao melhor tratamento do sistema de saúde, a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, à assistência integral e multidisciplinar, a ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde, à inserção social e comunitária, à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida. (GARCIA, 2012, p. 116).

Em 2004, uma ação intersetorialmente organizada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselhos Regionais de Psicologia e Seções da Ordem dos Advogados do Brasil produziu o relatório denominado *Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em Prol dos Direitos Humanos* (CFP/OAB, 2004), fruto de uma ação conjunta de inspeção em hospitais psiquiátricos de 16 estados brasileiros¹⁶ e do Distrito Federal. Na avaliação do relatório está registrado que

Nem todas as unidades visitadas foram descritas como masmorras; nem todas as instituições reproduzem os mesmos métodos de exclusão ou cedem diante das praxes tipicamente manicomiais. Todas elas, não obstante, apresentam carências graves e em todas é possível sentir a forte presença de uma tradição fundada na negação dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos. (CFP/OAB, 2004, p. 12).

O texto do relatório apontou para práticas de abuso medicamentoso, negligência, abandono e negação dos direitos civis, violência física com os internos, recursos humanos insuficientes frente à normatização vigente, falta de evolução em prontuário sugerindo a falta de acompanhamento pelos técnicos, condições arquitetônicas insalubres, entre outros.

Através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares¹⁷ (PNASH/Psiquiatria), foram realizadas vistorias em 144 hospitais psiquiátricos

¹⁶ Pará, Bahia, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Alagoas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

¹⁷ “O PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação a realização de “entrevistas de satisfação” com

brasileiros, entre novembro de 2002 a junho de 2003. Segundo a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, esse levantamento identificou problemas em instituições psiquiátricas de pelo menos 26 das cidades analisadas – incluindo o uso de celas fortes e situações de contenção física prolongada, entre outras violações a regramentos legais e diretrizes na área, como a Lei Nº 10.216/2001, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica (PFDC, 2015).

Com relação aos Recursos humanos, “em 2002, a maioria dos hospitais não foi bem avaliada neste quesito: 34% péssimo, 17% ruim e 20% regular. Isto significa que 71% deles não atendiam às exigências da Portaria GM/MS nº 251/02 quanto ao número de profissionais e/ou quanto à diversidade de áreas. Em 2003, este número se manteve estável (72%), ou seja, os hospitais continuam mal avaliados, em geral, no que se referem ao item recursos humanos” (PFDC, 2015, p. 8).

Segundo dados do Ministério da Saúde,

[...] no período de 2003-2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e 15 efetivamente fechados. Aqueles indicados para descredenciamento e ainda não fechados seguem em acompanhamento, em processos de desinstitucionalização muitas vezes realizados sob o contexto de ações judiciais. (BRASIL, 2011a, p. 31).

Em junho de 2011, o Ministério da Saúde anunciou que faria avaliação dos 201 hospitais psiquiátricos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 123 municípios (23 estados). Esse anúncio foi posterior às denúncias de maus-tratos e altos índices de mortes ocorridas nos hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba. As ações se realizaram no período de setembro a novembro de 2011, apresentando o relatório final várias recomendações, como a instituição de comissões internas de Revisão de Óbito, Revisão de Prontuário e Controle de Infecção Hospitalar nos hospitais psiquiátricos; adequação do quantitativo de recursos humanos; criação de mecanismos de Controle Social; elaboração de projeto terapêutico institucional, instituição de prontuário único e disponibilização de espaços para atividades coletivas; adequação das estruturas físicas, mobiliário e

pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer revisoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população.” (BRASIL, 2005a, 14).

rouparia; adequação do espaço da Enfermaria de Intercorrência Clínica; instituição de ações de vacinação e controle de doenças infectocontagiosas como preconizado no Programa Nacional de Imunização e no Programa Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis, especialmente em relação à Tuberculose, Hanseníase e DST/AIDS/Hepatites Virais; e implantação do Projeto Terapêutico Individual, entre outras recomendações (BRASIL, 2011b, p. 61-62).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), a redução dos leitos psiquiátricos no país começou na década de 1990 e ganhou impulso a partir de 2002, como consequência de diferentes normativas para implantação de serviços substitutivos. De 72.514 leitos em 1996, passou para 42.078 em 2005 (BRASIL, 2005b, p. 11), e para 32.735 em 2010 (BRASIL, 2011c, p. 16). Também ocorreu uma mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos existentes na atualidade, com a diminuição no número de hospitais de grande porte (acima de 400 leitos) e aumento no número de hospitais de pequeno porte (com até 160 leitos). Mas essa mudança não foi suficiente para garantir a qualidade na assistência, como é possível observar pelas denúncias contemporâneas e pelos relatórios produzidos por ocasião das vistorias, acima descritos.

A proposta de inversão do modelo, de assistência hospitalar para o cuidado em território, tem no serviço dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o grande agente de cuidado. Dados recentes registram um crescimento constante no número de CAPS no país: através de uma série histórica da expansão dos CAPS, apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b, p. 9), de 148 unidades CAPS no país em 1998, chegou-se a 2209 em 2014, em um crescimento de mais de 1000%. Atualmente estão habilitados pelo Ministério da Saúde 1069 CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPS i, 309 CAPS ad e 69 CAPS ad III¹⁸.

Além do CAPS, outros dispositivos de atenção em saúde mental estão sendo implementados pelas políticas públicas do SUS: 34 Unidades de Acolhimento¹⁹

¹⁸ Além dos CAPS I, II e III já detalhados em nota de rodapé anterior, existe a modalidade de CAPS i, que é o CAPS que atende o público específico infantojuvenil e o CAPS ad, serviço para atendimento das pessoas com problemas associados ao uso e abuso de álcool e drogas. O CAPS ad III atende 24 horas.

¹⁹ “As UA são dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecer suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento nelas é voluntário, ofertado a ambos os sexos. Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infantojuvenil (UAI).” (BRASIL, 2015b, p. 19).

habilitadas pelo Ministério da Saúde; aumento no número de leitos de saúde mental em hospitais gerais, que em 2014 somavam 888 leitos espalhados pelo território brasileiro (BRASIL, 2015b, p. 20); 610 Serviços Residenciais Terapêuticos²⁰ em funcionamento. Em relação ao Programa de Volta para Casa²¹, em 2014 existiam 3.475 moradores em 610 residências, das quais 289 estavam habilitadas pelo Ministério da Saúde, espalhadas pelo território nacional (BRASIL, 2015b, p. 23) contra os 85 em 2002 (BRASIL, 2011c, p. 12), com aumento de mais de 700% em onze anos. Mas também vale registrar a existência de um grande número de pessoas com transtorno mental que ainda fazem do hospital psiquiátrico sua moradia. Em 2010 existiam 3635 beneficiários do Programa de Volta para Casa, mas o Ministério da Saúde destacou que esse número representava apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil e que recebiam o benefício (BRASIL, 2011c, p. 13). Assim, mesmo com o aumento para 4.349 beneficiados em 2014 (BRASIL, 2015b, p. 25), ainda existe um longo caminho a percorrer, com aproximadamente 6.500 pessoas asiladas em hospitais psiquiátricos no país.

Em relação à proporção de recursos federais destinados ao pagamento de serviços hospitalares e aos serviços de atenção comunitária/territorial, dados apontam que em 2002, 24,46% dos recursos eram destinados a ações no território e 75,25% dos recursos a serviços hospitalares. Em 2013 esses números se inverteram, de tal modo que 20,61% dos recursos são com gastos hospitalares e 79,39% dos recursos em ações comunitárias/territorial (BRASIL, 2015b, p. 18). Essa inversão demonstra empenho na implementação de serviços abertos, na contramão da exclusão resultante das internações.

Os dados aqui registrados são importantes na medida em que anunciam uma política pública na saúde mental intencionalmente voltada para a desconstrução

²⁰ “Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Estes dispositivos se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social.” (BRASIL, 2015b, p. 22).

²¹ “Por meio do pagamento de um benefício, este programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.” (BRASIL, 2015b, p. 25).

de um modelo pautado exclusivamente na lógica do modelo biomédico, com lócus nos hospitais psiquiátricos. Mas o processo ainda está em construção, e no campo dos Direitos Humanos, como já exposto anteriormente, coexistem avanços e violações dos direitos.

De 2002, ano da promulgação da Portaria/GM nº 336, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, até a presente data, muitos foram os dispositivos de assistência em saúde mental que tentam dar conta da complexidade dessa área. Mas não bastam medicamentos e consultas especializadas em serviços abertos para aumentar a contratualidade do sujeito com transtorno mental: a Reforma Psiquiátrica propõe a mudança de paradigma e o resgate da cidadania, entendida como um novo espaço social para esses sujeitos, pontuando para a necessidade de se construir um novo lugar social para o louco.

2.7 MODOS DE CUIDADO ASILAR E PSICOSSOCIAL: PARADIGMAS CONTRADITÓRIOS

O tratamento em saúde mental através da prática do asilamento nasceu com Pinel, no século XVII, e veio acompanhado de uma forte concepção de tratamento moral, buscando uma normatização do comportamento e com proposta de enquadre dos sujeitos na ordem vigente. O nascimento da psiquiatria também colocou o componente da desrazão nas pessoas com transtorno mental, tornando-as impossibilitados de escolhas e de decisões.

Embora o conceito de alienação mental não significasse ausência absoluta da Razão, mas somente contradição na Razão, como atentava Hegel, essa contradição impossibilitaria a Razão Absoluta. Portanto, aquele em cuja Razão existisse tal contradição seria um alienado, o que o tornaria incapaz de julgar, de escolher; incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a Liberdade e a cidadania implicavam o direito e possibilidade à escolha. Em outras palavras, não seria possível existir meia-Razão, mas apenas a Razão Absoluta! (AMARANTE, 2003, p.2).

O isolamento, como tratamento, surgiu como estratégia terapêutica: “o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol, seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina” (AMARANTE, 2003). Isso significa que

localizar o cuidado para as pessoas com transtorno mental em asilos está relacionado à configuração de tais pessoas como desprovidas de razão, de capacidade de discernimento, de escolhas.

A proposta que está diametralmente oposta ao modelo asilar seria o modo psicossocial, ainda que o deslocamento do cuidado não garantisse mudança paradigmática de fato. Mas os dois modelos apenas podem ser considerados alternativos se, de fato, forem contraditórios entre si.

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo “hospitalocêntrico” e “medicocentrado” é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de “depositário” que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Souza (apud KANTORSKI; MIELKE; JÚNIOR, 2008) apresenta um quadro panorâmico com as principais características da clínica no modo asilar e no modo psicossocial, destacando as diferenças essenciais entre esses dois modelos. O modo asilar, além de pactuar da ênfase nos aspectos orgânicos, tem seu foco de intervenção centralizado no indivíduo. Trata-se de uma relação de poder vertical em que a possibilidade de participação da pessoa com transtorno mental é anulada, configurando-o como polo passivo. O cuidado é fragmentado e sem troca de informação entre os profissionais envolvidos, com forte hegemonia médica. O modo asilar tem nos hospitais psiquiátricos seu único lugar de cuidado e o tratamento está focado na busca pela normatização dos comportamentos, com olhar dicotômico entre “normais/anormais”.

O modo psicossocial estende seu olhar para os aspectos políticos, sociais e culturais presentes na construção do transtorno mental, para além dos fatores biológicos. Existe a bem-vinda participação dos sujeitos na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), tornando-os agentes ativos de seus tratamentos. O tratamento está espalhado pelo território, com estímulo para que as pessoas com transtorno mental utilizem os diferentes dispositivos de saúde,

descaracterizando o processo de exclusão presente nos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. No tratamento, além da presença de disciplinas distintas intercomunicando-se, existe a busca pela intersectorialidade, em que diferentes equipamentos de diferentes áreas (educacional, social, cultural, desportiva, entre outras) pactuam do tratamento. O modo psicossocial procura maior horizontalidade no tratamento, quebrando hegemonia de uma ou outra disciplina.

Para o modelo biomédico, o foco são os sintomas, a busca pelo enquadramento social, as relações de biopoder, a fragmentação multidisciplinar e a exclusão. Para o outro, psicossocial, a inserção sociocultural dos sujeitos e as ações diversificadas e espalhadas pelo território, em um modelo interdisciplinar. É fácil visualizar em um modelo fortes relações de poder e soberba teórica; e, em outro, um maior respeito aos direitos de expressão das pessoas com transtorno mental. Costa-Rosa (2000, p. 153) compara a relação dos profissionais no modelo asilar com uma “linha de montagem”, “ou seja, as tarefas e, o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum”, e o prontuário acaba sendo o elo de ligação entre os profissionais, com a presença de concepção de estratificação de saberes.

Este capítulo teve o propósito de trazer um pouco da trajetória, recortando alguns marcos históricos, mas sem pretensões de aprofundamento, já que este não foi o objetivo principal desta tese. A história aqui apresentada foi aquela que está atravessada pela categoria cidadania da pessoa com transtorno mental, com destaque para o tipo de clínica ofertada em diferentes momentos e em diferentes locais no mundo. Intencionalmente, este capítulo apresentou um pano de fundo para a discussão que será desenvolvida na sequência, em que cidadania e o cuidado em saúde mental serão problematizados por suas diferentes nuances, com seus paradoxos e contradições, trazendo as polaridades e buscando costurar uma visão complexa, plural, diferenciada e singular da relação entre partes e todo.

Neste capítulo foi possível demonstrar que, a partir da história da sua constituição, com a premissa de desrazão e seus derivados – desigualdade e exclusão para as pessoas com transtorno mental –, a psiquiatria resultou em diferentes problemas para existência cidadã desses sujeitos. No nascimento da psiquiatria enquanto ciência, também foram constituídos o “nascimento da doença mental” e a premissa da internação como medida de tratamento. E, desde então, muitos projetos reformistas foram implementados em diferentes tempos, mas

especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial. Tais projetos tinham, sem exceção, a preocupação com o tratamento desumano e violador de direitos constituídos no interior dos hospitais, com a diferença de que alguns propunham sua manutenção, ainda que com mudanças em seu interior, e, outros, sua substituição por serviços abertos.

Apesar de, no texto, eu sempre primar pelo olhar crítico, vale aqui o registro que cada um dos projetos foram reformadores e alguns até mesmo revolucionários em sua época histórica. Assim, todas as "posturas reformistas" foram tentativas e olhares críticos de um tempo e de uma época, com suas possibilidades e limites históricos. Como foi destacado por Castel (1978, p. 13),

Os primeiros alienistas eram jovens de boa vontade, ambiciosos, frequentemente pobres e com ideias "sociais". No fim de seu curso de medicina, eles "subiam para Paris" (frequentemente vinham do sul). Iam para a Salpêtrière, frequentavam assiduamente o seminário do mestre da época, Esquirol. Eram seduzidos por esse ensino que aliava o aparente rigor de uma ciência, as grandes aspirações da filantropia e os prestígios da parisiandade. Nisto não havia nada de maquiavélico nem de desonroso.

Registrar esse percurso de propostas reformadoras objetivou dar destaque ao projeto de reforma brasileiro, que, comungando do ideário do projeto italiano, desconstruiu o paradigma inicial da psiquiatria, na medida em que propôs secundarizar a doença em nome de maior visibilidade para a pessoa em sofrimento. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira colocou sob outro prisma a perspectiva de cidadania para a pessoa com transtorno mental.

Segundo Castel (1978, p. 166), o sistema ganha sempre: para além da busca pela "cura", pela normatização do comportamento, pela busca por pertencer ao "reino da razão", o registro no corpo social que fica é a revelação do "que se paga por transgredir as normas".

As "pineleiras" do grande filantropo não se contentam, portanto, em limpar a superfície do corpo social livrando-o desses indesejáveis que são os doentes mentais. Elas também montam guarda nas fronteiras entre a razão e a loucura. Para isso, elas não têm necessidade de curar principalmente, nem mesmo de sempre enclausurar. Mesmo só havendo alguns loucos, eles ensinariam a todos o quanto é bom e prudente ser normal. Eficácia simbólica, talvez, imaginário social se se prefere, mas que não se deve subestimar para compreender também essa espécie de duração supra-histórica da forma asilar. (CASTEL, 1978, p. 166).

Assim, não é possível desconsiderar o papel social da psiquiatria e do manicômio. Para Rotelli (1990, p. 26-27),

[...] o manicômio efetivamente se constitui, sobretudo, como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E por isso a psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento destas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irreduzíveis são por isso expulsos.

Nessas diferentes dimensões históricas da psiquiatria, considerando o processo de inclusão/exclusão e seu caráter normatizador, ficam identificadas as bases para compreendermos as dificuldades contemporâneas para a inclusão do louco no mundo em um efetivo projeto de existência cidadã.

Na sequência deste texto, já no próximo capítulo, meu projeto será apresentar a nova forma de cuidar proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, que está atravessada pela perspectiva de resgate da cidadania do louco.

CAPÍTULO 3

A CIDADANIA DO LOUCO E AS PERSPECTIVAS QUE PERMEIAM AS NOVAS FORMAS DE CUIDAR

Apresento neste terceiro capítulo a proposta de fazer um aprofundamento teórico sobre a clínica psicossocial nos novos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as diversificadas concepções de cidadania, mostrando como esse conceito é apropriado de diferentes modos e com distintas significações na prática da política pública em implantação no campo da saúde mental. Pretendo apresentar um panorama dos tratamentos ofertados na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se empenha na efetivação de dispositivos abertos regidos pela lógica dos preceitos de um novo modo psicossocial de cuidado. A discussão dos tratamentos ofertados terá como pano de fundo a concepção da clínica psicossocial, que cruza o campo psi e o social.

Amarante (2003) registra que alguns autores consideram que o foco da Reforma Psiquiátrica é a mudança no modelo de assistência e que, portanto, “descuida-se da questão da clínica”. Esse autor discorda desse posicionamento e parte da concepção de que o movimento da Reforma é um processo de transformação estrutural envolto pela complexidade do processo social. “Se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.” (AMARANTE, 2003, p. 49).

Nesta mesma concepção, Yasui, (2010, p. 120) considera que:

Cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença.

Coerente com as dimensões propostas pela Reforma Psiquiátrica, os dispositivos da RAPS, que são serviços abertos de atenção em saúde mental, devem ser regidos pela lógica do modo psicossocial que “implica uma ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de

transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.” (PITTA, 2001, p. 9). Paulo Amarante (1995) fala de terapêutica cidadã no mesmo sentido apontado por Pitta (2001).

O modo psicossocial de cuidados, que é uma estratégia de tratamento para as pessoas com transtorno mental, perpassa tanto as quatro dimensões propostas por Amarante (2007), quanto a complexidade da questão da cidadania para as pessoas com transtorno mental, considerando a complexidade do viver. Esse tratamento, umbilicalmente ligado aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira – e que também é chamado de atenção psicossocial, de reabilitação psicossocial²² em textos históricos e nas narrativas da legislação vigente –, objetiva “agenciar o pertencimento social do louco.” (TENÓRIO, 2002, p. 54).

E a questão da cidadania para as pessoas com transtorno mental é transversal a essas dimensões, visto que é possível pensar que cidadania se refere ao espaço social ocupado pelas pessoas com transtorno mental, espaço esse que abarca seus direitos e seus desejos.

Um serviço de saúde mental que pactue com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira deve romper com a ordem ética, política e epistemológica apresentada pelos serviços tradicionalmente ofertados nessa área que, além de seguirem um modelo biomédico, são pautados por intervenções quase que exclusivamente através de consultas e medicamentos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055). De forma implícita, no bojo de um serviço que presta assistência fragmentada e reduzida à oferta de consultas e de medicamentos, existe a comunhão com a tradição pineliana em que as pessoas com transtorno mental são vistas como alienados e sujeitos desprovidos da razão e de vontades.

Romper com essa ordem implica a construção de outro paradigma de assistência, inevitavelmente incluindo como premissa a questão da cidadania e dos direitos das pessoas com transtorno mental. Considerando que a Reforma Psiquiátrica bebeu na fonte do Movimento Democrático Italiano, a cidadania está presente nos constructos do movimento brasileiro de forma emblemática e nuclear, tendo por base a desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional, propondo um

²² Reabilitação psicossocial é um termo presente em vários textos acadêmicos quando o assunto diz respeito ao tratamento oferecido às pessoas com transtorno mental; e é controverso por carregar subliminarmente a concepção de ajustamento. Isto será posteriormente problematizado.

novo lugar de inclusão e cuidado em saúde mental, para além dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Apesar de a cidadania se configurar como o núcleo duro da Reforma Psiquiátrica brasileira e repetidamente ser lembrada nos estudos dos teóricos clássicos da área, o fato de estar presente na legislação brasileira – que foi construída a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica – e também nos textos oficiais dos movimentos de usuários, familiares e profissionais da área, constitui um constructo que gera interrogações por sua complexidade.

A efetivação do sujeito enquanto existência cidadã implica a possibilidade de participação e, nesse sentido, parece incompatível com a exclusão histórica vivenciada pelas pessoas com transtorno mental. Apesar de o avanço inquestionável no cuidado em saúde mental ocorrer através de serviços abertos de assistência, isso pode não ser suficiente para garantir um novo lugar social para esses sujeitos, na medida em que desospitalização e desinstitucionalização são categorias diferentes.

Ao longo deste capítulo, tenho a intenção de problematizar o constructo da cidadania da pessoa com transtorno mental a partir de diferentes ângulos: na perspectiva do campo social, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva dos movimentos sociais e na perspectiva dos novos serviços, em especial os CAPS, tomando como exemplo, ao final, a participação cidadã dos loucos em movimentos sociais brasileiros.

3.1 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DO CAMPO SOCIAL

Segundo o dicionário Houaiss (2003), cidadania é um verbete normalmente atrelado à condicionalidade de ser cidadão, ou seja, aquele que exerce seus direitos como cidadão está exercendo sua cidadania. E ser cidadão implica a possibilidade de gozo de direitos e deveres em determinada localidade geográfica; sendo assim, a vinculação ao território é pressuposto da cidadania.

Cidadania para os gregos apresentava características peculiares, primeiro, porque ela não era para todos, pois se excluía crianças, mulheres, bárbaros e escravos. Segundo, porque “a relação do indivíduo consigo mesmo e com a coletividade (dos indivíduos livres, é claro) era estética, não normativa, diferenciadora. Visava ao indivíduo, mas não a um sujeito universal.” (BEZERRA JR., 1992, p. 116).

Na medida em que o Cristianismo sugeriu uma versão universal do homem, além da concepção de igualdade apresentada pela Revolução Francesa, foi cristalizando a versão de homem universal na perspectiva da racionalidade.

Marshall (1967), teórico clássico da temática da cidadania, sociólogo britânico que publicou em 1950 o livro *Cidadania, Classe Social e Status*, apresentou uma proposta de compreensão da cidadania a partir de seu desenvolvimento na Europa, em especial na Inglaterra, até o século XIX. Para ele, cidadania é um processo evolutivo através da conquista de direitos. E conceitua: cidadania é a “participação integral do indivíduo na comunidade política” (SAES, 2000, p. 2), através do exercício de direitos e deveres.

Ele considerou três partes constitutivas do conceito de cidadania: os componentes civil, político e social.

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual — liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito a propriedade e de concluir contratos válidos e o direito a justiça. Este último difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual. Isto nos mostra que as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do Governo local. O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais. (MARSHALL, 1967, p. 63-64).

Esse autor demarcou o surgimento dos direitos ainda no Século XVIII, registrando que, em 1832, quando os primeiros direitos políticos estavam surgindo, os direitos civis já tinham se constituído. A participação da população em comunidades locais e associações civis se configuraram na fonte original dos direitos sociais, que progressivamente foram sendo substituídos pelo Poor Law (Lei dos Pobres). Inicialmente como um sistema de regulamentação de salários, tornou-se inviável com a evolução da indústria, visto que entrava em contradição com o direito civil de escolha de trabalho e de liberdade na definição dos contratos de trabalho. O Poor Law, composição elizabetiana que tinha objetivo original de suprimir a pobreza

e conter a “vadiagem”, sobreviveu às mudanças econômicas, originando a ideia dos direitos sociais (MARSHALL, 1967).

Marshall (1967) registrou em seu texto clássico, *Cidadania, Classe Social e Status*, no capítulo *Cidadania e Classe Social* – baseado em uma conferência proferida em evento dedicado a Alfred Marshall (1842-1924), professor de economia política – que seu homônimo considerava que “a desigualdade do sistema de classes sociais pode ser aceitável desde que a igualdade da cidadania seja reconhecido” (MARSHALL, 1967, p. 62), acrescentando que Alfred Marshall concebia cidadania como a transformação do artesão em cavalheiro, entendendo cidadania como um modo de viver que brotava de dentro e não imposto a ele de fora. Nessa perspectiva, as questões sociais diferenciavam os sujeitos, ao mesmo tempo que a possibilidade de exercício dos deveres os igualava: isso porque “ele se referia somente às obrigações e não aos direitos de cidadania.” (MARSHALL, 1967, p. 62).

Marshall (1967) se perguntou se a igualdade, concretizada pelo exercício dos direitos formais da cidadania, seria consistente com as desigualdades das classes sociais e desenvolveu seu texto objetivando responder a tal indagação.

Do questionamento inicial proposto por Marshall referente à compatibilidade das categorias cidadania e desigualdade social, ele concluiu que existe riqueza na convivência entre elas, ressaltando inclusive que é necessária e desejável. “A igualdade de status é mais importante que a igualdade de renda” (MARSHALL, 1967, p. 95), referindo que é possível a coexistência de desigualdades econômicas com a cidadania, desde que seja garantida a igualdade através do status de cidadão, implicando possibilidade de acesso aos direitos civis, políticos e sociais.

Existem críticas indicando que “a postura basicamente evolucionista de Marshall o leva de fato a uma concepção idílica acerca da instauração da cidadania, como valor social e como figura institucional, na sociedade moderna” (SAES, 2000, p. 6-7), na medida em que, entre outras coisas, subestimou a potência do processo revolucionário na destruição do status feudal e considerou a constituição dos direitos como fruto de uma evolução institucional. A fala marshalliana parte da posição das classes dominantes e da burocracia estatal, ignorando o papel específico das classes trabalhadoras²³ no processo de formação e evolução da cidadania.

²³ “Em Construção nacional e cidadania, Bendix mostra que, uma vez conquistadas as liberdades de ir e vir e de contratar, era inevitável que as classes trabalhadoras se lançassem, contra a vontade política da burocracia estatal e da classe capitalista, na luta pela conquista dos direitos de reunião

Saes (2000, p. 11), analisando o processo de criação de direitos em uma sociedade capitalista, apontou que é um “processo conflituoso, embora não contraditório”. Registra que, a partir da definição marshilliana, “cidadania é um fenômeno contingente no capitalismo: a “participação pode ou não se concretizar, embora fosse desejável que ela sempre se concretizasse.” (SAES, 2000, p. 13). E acrescentou que uma cidadania plena e ilimitada, conforme concebido por Marshall, não é possível acontecer dentro de uma sociedade capitalista e das suas instituições políticas.

Santos (1997, p. 30) assinala a existência de duas versões dos direitos humanos: a liberal e a marxista, recomendando a adoção da última. Sem intencionar aprofundamentos teóricos nessa área, recorro aos estudos de Trindade (2010, p. 7), que apontam para uma “contradição insuperável entre o marxismo e os direitos humanos no plano conceitual jusfilosófico”, e que é um tema secundarizado nas pesquisas teóricas: “Karl Marx, assim como Friedrich Engels, empenhou-se, sobretudo, em desvendar a formação do modo de produção capitalista, as estruturas objetivas e subjetivas de sua reprodução social, as leis tendenciais do movimento histórico do capital e as possibilidades concretas de sua superação” (TRINDADE, 2010, p. 10-11). Assim, a reflexão sobre o direito ficou subalternizada a integrou uma parte mais abrangente dos estudos marxistas. Em A questão judaica, Marx faz crítica aos direitos naturais do homem, que no seu tempo tinham existência como direitos civis e políticos, e com limitações:

e de associação. Os trabalhadores entendiam que essas prerrogativas se configuravam como os instrumentos sem os quais não poderiam fazer as liberdades civis elementares funcionarem eficazmente a favor dos seus interesses materiais. Foi por isso que se travou, ao longo do século XIX, uma intensa luta popular em prol da conquista de tais direitos, daí resultando, no fim do século, o reconhecimento estatal da legitimidade das atividades sindicais e partidárias das classes trabalhadoras. O direito de organizar sindicatos e partidos políticos será usado, por sua vez, como arma importante na luta popular pela supressão das restrições censitárias e capacitárias ao exercício do direito de voto (vale dizer: pela efetiva instauração do sufrágio universal), bem como pela conquista dos primeiros direitos sociais. Assim, na Alemanha, a Lei sobre Serviços (1869) reconheceu o direito de associação para fins sindicais; e já em meados da década de 1870 o Partido Social Democrata Operário Alemão, dotado de amplas bases nos meios sindicais, será integrado ao jogo institucional, logrando acesso ao Parlamento (onde controlará 12 das 397 cadeiras). Na década seguinte, sob a pressão dos sindicatos e do partido (pressão essa que não cessou a despeito da legislação antissocialista de 1878), o governo Bismarck edita uma série de leis de proteção social: a de proteção aos doentes (1882), a de proteção aos acidentados (1884) e a de proteção aos velhos e inválidos (1889). Na Inglaterra, formou-se em 1906 o primeiro partido da classe trabalhadora inglesa integrado ao jogo institucional: o Labour Party, de bases amplamente sindicais (inclusive porque contemplava a filiação coletiva dos membros das trade-unions, ao invés de sua filiação individual). E, imediatamente após, já sob pressão, o governo inglês tomará importantes medidas sociais, como a proteção à velhice (1908) e o seguro nacional (1911). (SAES, 2000, p. 8-9).

Marx destaca que o “homem” considerado na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão não é o ser humano em si, ente genérico e universal, mas apenas o “membro da sociedade burguesa”, o “homem egoísta” voltado aos seus próprios interesses e, por isso, “separado dos outros homens e da comunidade”. A igualdade perante a lei não passa de uma quimera luzente, face à desigualdade real que efetivamente rege a sociedade. (TRINDADE, 2010, p. 52).

E assim as pessoas são divididas em duas abstrações jurídico-políticas: o homem privado, pautado pelo princípio da desigualdade, e o cidadão público, pautado pelo o princípio da igualdade. “Os direitos desse ‘homem’ abstratamente tomado são receptáculos da desigualdade social, e os ‘do cidadão’ são idealmente equalizadores.” (TRINDADE, 2010, p. 53).

Assim, partindo da perspectiva de Trindade (2010), o enfoque marxiano-engelsiano sobre o direito e os direitos humanos considera:

a) por um lado, persiste e persistirá uma contradição insuperável entre o marxismo e os direitos humanos no plano conceitual jusfilosófico; b) por outro lado, parte considerável da agenda prática dos direitos humanos (não toda a agenda) – aquela parte resultante das conquistas sociais tendencialmente emancipatórias – harmoniza-se com a plataforma política marxista da época que precede a ultrapassagem do modo social de produção fundado no capital; c) para além do capital, a contradição entre o marxismo e os direitos humanos estará superada mediante a própria superação histórica e social do direito – portanto, dos direitos humanos – enquanto forma social correspondente às relações humanas do modo de produção capitalista. (TRINDADE, 2010, p. 236).

Essas premissas indicam a contradição presente entre o tema dos direitos e do marxismo, mas identifica na história das conquistas sociais uma perspectiva de enlaçamento.

Considerando Carvalho (2013), no Brasil o processo de constituição dos direitos foi diferente do modelo inglês marshalliano. Para Marshal (1967), primeiro se constituíram os direitos civis no Século XVIII, seguidos dos direitos políticos no Século XIX e, por fim, no Século XX os direitos sociais, em uma sequência não casual, mas lógica: através dos direitos civis, com a possibilidade de exercício da liberdade, os ingleses reivindicaram direitos políticos, como o de votar e de participação do governo. Com essa possibilidade de participação política, foram eleitos operários e fundado o Partido Trabalhista, responsáveis pela introdução dos direitos sociais (CARVALHO, 2013).

Já esse modelo não se aplicou ao Brasil, visto aqui existir maior ênfase em um dos direitos – os sociais –, e também por apresentar uma sequência do nascimento dos direitos diferente do modelo inglês. Para Carvalho (2013, p. 12), essa alteração afeta a natureza da cidadania: “Quando falamos de um cidadão inglês, ou norte-americano, e de um cidadão brasileiro, não estamos falando exatamente da mesma coisa.”

No Brasil, primeiro vieram os direitos sociais, que foram implantados em momento histórico em que existia a supressão dos direitos políticos e a redução dos direitos civis, comprometendo no nascimento dos direitos sociais sua concepção enquanto produto de conquista democrática e fruto de uma cidadania ativa.

Se o avanço dos direitos políticos após o movimento de 1930 foi limitado e sujeito a sérios recuos, o mesmo não se deu com os direitos sociais. Desde o primeiro momento, a liderança que chegou ao poder em 1930 dedicou grande atenção ao problema trabalhista e social. Vasta legislação foi promulgada, culminando na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943. A CLT, introduzida pelo Estado Novo, teve longa duração: resistiu à democratização de 1945 e ainda permanece até hoje em vigor com poucas modificações de fundo. O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social. Mas foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. (CARVALHO, 2013, p. 110).

Segundo Saes (2000, p. 12-13), a instituição de direitos no período de ditadura varguista, e não como consequência de processo democrático e de conquistas, seria uma “estratégia compensatória de um regime ditatorial em busca de legitimidade e de uma base social de apoio”.

Para Carvalho (2013), a pirâmide de constituição dos direitos, proposta por Marshal (1967), no Brasil, foi colocada de cabeça para baixo: aqui primeiro vieram os direitos sociais, depois os direitos políticos – que, de forma paradoxal, com maior expansão do direito a voto em período ditatorial – e, por último, os direitos civis. A constituição inglesa implicava uma lógica iniciada pelos direitos civis, que resultou em um Judiciário mais independente do Executivo. Calcada na liberdade civil, existiu a consolidação dos partidos políticos que, de forma organizada no Congresso, votaram em benefícios sociais. Assim, a base fundante dos direitos sociais eram as liberdades civis.

Carvalho (2013) apontou para uma consequência importante da inversão do modelo brasileiro, se comparado ao inglês, que foi a “excessiva valorização do Poder Executivo. Se os direitos sociais foram implantados em períodos ditatoriais, em que

o Legislativo ou estava fechado ou era apenas decorativo, cria-se a imagem, para o grosso da população, da centralidade do Executivo.” (CARVALHO, 2013, p. 221). Além dessa questão, vale pontuar que a constituição dos direitos sociais a partir do Poder Executivo, em benefício de algumas categorias, transformou o legislativo em um mediador de negociações corporativas com o Executivo.

O desdobramento da cidadania no exercício de direitos leva a outra categorização: **cidadão pleno** é aquele que é titular dos três direitos; o **cidadão incompleto** é destinado aos que possuem apenas alguns direitos; e os **não cidadãos**, aqueles que não se beneficiam de nenhum desses direitos (CARVALHO, 2013, p. 9). Considerando o histórico das pessoas com transtornos mentais, a cultura de exclusão que vivenciam e, ainda, as dificuldades de acesso aos serviços de garantias de direitos, é possível considerar que, em diferentes momentos históricos e também na contemporaneidade, as pessoas com transtorno mental se emolduram ora como cidadãos incompletos, ora como não cidadãos.

No contraponto de Marshal (1967), Bobbio (2004), em seu livro *A Era dos Direitos*, concebe que os direitos são provenientes de um homem cuja natureza é circunstancial, histórica e mutável; ou seja, os direitos não estão postos naturalmente e, portanto, buscar um “fundamento absoluto não é apenas uma ilusão; em alguns casos, é também um pretexto para defender posições conservadoras.” (BOBBIO, 2004, p. 15).

Bobbio (2004) apresentou três teses que atravessam suas reflexões sobre os direitos humanos: primeiro, que são históricos; segundo, que nascem no início da era moderna, juntamente com a concepção individualista da sociedade; e, terceiro, que se constituem em um dos principais indicadores do progresso histórico.

Para ele, quatro questões devem ser consideradas por aqueles que buscam um fundamento absoluto que dê respaldo para a constituição dos direitos: o fato de que a definição de direitos é vaga e dá margem a vários sentidos; o caráter mutável dos direitos, visto que se modificam de acordo com interesses históricos; o fato de que os direitos são heterogêneos; e, por fim, a antinomia dos direitos:

[...] é preciso distinguir um caso que põe ainda mais gravemente em perigo a busca do fundamento absoluto: aquele no qual se revela uma antinomia entre os direitos invocados pelas mesmas pessoas. Todas as declarações recentes dos direitos do homem compreendem, além dos direitos individuais tradicionais, que consistem em *liberdades*, também os chamados direitos sociais, que consistem em *poderes*. Os primeiros exigem

da parte dos outros (incluídos aqui os órgãos públicos) obrigações puramente negativas, que implicam a abstenção de determinados comportamentos; os segundos só podem ser realizados se for imposto a outros (incluídos aqui os órgãos públicos) certo número de obrigações positivas. São antinômicos no sentido de que o desenvolvimento deles não pode proceder paralelamente: a realização integral de uns impede a realização integral dos outros. Quanto mais aumentam os poderes dos indivíduos, tanto mais diminuem as liberdades dos mesmos indivíduos. (BOBBIO, 2004, p. 14-15).

Para esse autor ainda, a grande questão que se apresenta na atualidade não diz respeito aos fundamentos dos direitos, visto sua vulnerabilidade histórica: a questão que se apresenta é a aplicabilidade dos direitos. “Não se trata de saber quais são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro de sua aplicação” (BOBBIO, 2004, p. 17). A partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), a temática da fundamentação dos direitos perdeu lugar na pauta de debates para o desafio de como efetivá-los, na perspectiva de um Estado de Bem-Estar Social – *Welfare State*²⁴.

A universalidade na concepção dos direitos humanos está desafiada pela diversidade cultural. Para Santos (1997), a forma como atualmente se configura a discussão sobre os Direitos Humanos implica uma universalidade como o do esperanto, que tem proposta de ser uma língua universal, mas que encontra dificuldades para ser incorporada pelas populações como uma linguagem comum. As diferenças culturais inviabilizam um discurso universal dos Direitos Humanos, que devem ser reconceitualizados como multiculturais. Segundo esse autor, para atuar numa perspectiva de baixo para cima, os Direitos Humanos devem ser reconfigurados na perspectiva do multiculturalismo, permitindo um equilíbrio entre competência global e a legitimidade local.

²⁴ “Para Briggs (2006), o Welfare State é um Estado no qual se usa deliberadamente o poder organizado em um esforço para modificar o jogo das forças do mercado em no mínimo três direções: primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente do valor de mercado de seu trabalho ou de sua propriedade; segundo, reduzindo a exposição à insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de enfrentar certas contingências sociais que, de outro modo, levariam a crises do indivíduo ou de sua família; e terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, sejam oferecidos os mais altos padrões de um conjunto reconhecido de serviços sociais. Wilenski (1975) trabalha com uma definição mais concisa: o fundamento do Welfare State, para esse autor, é a existência de um padrão mínimo (garantido pelo Estado) de renda, alimentação, saúde, alojamento e instrução, assegurado a qualquer cidadão como um direito político e não como caridade. Enquanto isso, para Pierson (1991), no momento em que há o comprometimento de um gasto social de pelo menos 3% do Produto Nacional Bruto, pode-se falar em surgimento nacional do Welfare State, ainda que incipiente.” (BENEVIDES, 2011, p. 10).

Contrapondo esse princípio da universalidade, Santos (1997) sugeriu a hermenêutica diatópica, que parte da concepção de compreensão mútua de diferentes universos de sentidos. A proposta é fugir do preceito universalista dos Direitos Humanos e buscar uma concepção “mestiça”, em que um mix de sentidos locais se entrelaça para formar “redes de referências normativas capacitantes”. O objetivo não é a completude, visto ser irreal, mas sim ampliar a concepção da impossibilidade do tema Direitos Humanos ser transformado em algo finito e acabado. A base da hermenêutica diatópica está na capacidade de diálogo intercultural.

Cidadania é um constructo do campo sociológico que está diretamente implicada no fato de como os homens estabelecem relações entre si e com seu território. No caso das pessoas com transtorno mental, essa relação é de exclusão, com esses sujeitos estando marginalizados e fora do espaço social.

Na sequência do texto será abordada a aproximação que acontece do constructo cidadania com o campo da saúde mental, a partir do novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

3.2 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A PREMISSA DA DESRAZÃO

A impossibilidade de exercício de direitos e deveres tem uma relação umbilical com a histórica absorção da loucura pela ciência médica. O tratamento secular imposto para as pessoas com transtorno mental, centrado na hospitalização, carregou o princípio da exclusão social e, com isso, de forma subliminar, se configurou o processo de negação da pessoa enquanto sujeito de desejos e de direitos. (BIRMAN, 1992; BEZERRA JR., 1992; AMARANTE, 1995, 1998, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem em seu bojo uma concepção de tratamento inclusivo, propondo, para além do desmanche do aparato manicomial – princípio da desospitalização –, a concepção de desinstitucionalização. E, no bojo da conceituação de desinstitucionalização, fica explicitada a concepção de cidadania das pessoas com transtorno mental.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação a suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-

lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito de as pessoas mentalmente enfermas terem um tratamento efetivo, receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha, da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Assim, partindo dessa conceituação, é possível considerar que a Reforma Psiquiátrica buscou ampliar os princípios do tratamento, não reduzindo ao constructo da desospitalização e/ou humanização dos hospitais. A revisão no formato de tratamento hospitalar, proposto por algumas correntes do pós-Segunda Grande Guerra – e que estavam atravessadas pela temática da desospitalização, visto que propunham assistência mais humanizada – não foi suficiente para os precursores da Reforma brasileira. Estes apresentaram o foco ampliado pela concepção de desinstitucionalização que, em última instância, implica a reavaliação de como uma sociedade lida com as diferenças e com os diferentes.

Amarante (1995, p. 494) faz uso da terminologia terapêutica-cidadã para consolidar a necessidade de firmar um novo paradigma, em que o tratamento – também centrado no indivíduo e na sua subjetividade e não nos sintomas e na doença – deve-se estabelecer na relação em que os sujeitos estabelecem com a sociedade.

É possível considerar que a Reforma Psiquiátrica brasileira teve como um de seus eixos propulsores a indignação frente aos maus-tratos e descasos que ocorriam no interior dos hospitais psiquiátricos e que foi compartilhada com a sociedade através de diversas denúncias, como as do hospital Colônia de Barbacena ou ainda da fotografia com a marca de um corpo de mulher que morreu esquecida em uma cela/quarto em um hospital psiquiátrico, nas décadas de 1970 e 1980 (BIRMAN, 1981, p. 63). Essas duas décadas foram pródigas em trazer à tona os tristes bastidores do tratamento que era ofertado às pessoas com transtorno mental.

A indignação pelo desrespeito aos direitos humanos presentes nos hospitais psiquiátricos deu uma forte base para o processo de revisão do tratamento, mas a Reforma Psiquiátrica brasileira não reduziu seus pressupostos na humanização dessas instituições. Ela foi além, propondo um tratamento aberto e espalhado pelo território, e trazendo como pauta o projeto de cidadania.

O resultado desse direcionamento foi uma equação complexa que demandou estudos e debates clássicos por vários autores da Reforma, como Paulo Amarante (1995, 1998), Birman (1992), Bezerra Jr. (1992), Delgado (1992). Os precursores da Reforma acreditavam que, mais do que uma proposta de novo modelo assistencial, o que se configurava era uma mudança no olhar posto sobre as pessoas com transtorno mental, implicando revisão nas concepções de doença e de tratamento, ou seja, implicando a construção de um novo paradigma.

Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear outro *lugar social* para a loucura na nossa tradição cultural. Parece-nos mesmo que é por esta maior abertura teórica do campo da saúde mental e da transcendência da indagação sobre outro *locus* para a loucura que podemos reencontrar de forma rigorosa o outro polo constitutivo deste debate: a questão da cidadania. (BIRMAN, 1992, p. 72).

Esse entendimento sugere que a mudança não está localizada no sujeito ou não se restringe a mudanças nos tratamentos, o que muda é o olhar social sobre tais sujeitos, com propostas mais inclusivas.

A não condição de cidadão para as pessoas com transtorno mental foi resultado da captura da loucura pela ciência psiquiátrica, constituindo-se nesse momento da história em um paradoxo estrutural:

Com efeito, se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, a sua condição de cidadania. (BIRMAN, 1992, p. 73).

Segundo Amarante (2007, p. 34), no mesmo período histórico em que o conceito de cidadania estava se configurando,

[...] foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental. Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido como cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão!

Assim, o status de doença não resultou na qualificação de cidadania para o louco, mas na sua tutela institucional em nome de uma terapêutica normativa. Chamado por Passos (2003, p. 160) de uma “estranha e paradoxal cidadania” e ainda “pseudocidadania”: “com o nascimento da instituição asilar psiquiátrica, a sociedade moderna institui, simultaneamente, o direito do louco ao tratamento e o sequestro de sua liberdade”. Dessa forma, a mesma ciência que libertou as pessoas com transtorno mental das correntes as aprisionou fora dos muros das cidades, excluindo-as da possibilidade de conquista de direitos de cidadão.

Nos anos finais do século XVIII, a Revolução Francesa, que apresentou o princípio da igualdade entre os homens, acabou por negligenciar as diferenças com sua concepção de um modelo universal de direitos pautada pela igualdade entre as pessoas.

A filiação da psiquiatria ao ideário revolucionário

[...] a coloca de pronto no centro de um dilema: ao fundar-se numa descrição racionalista e universal do ser humano, é levada a postular uma natureza comum (a razão) a todos os homens. Por outro lado, o peso normativo desse fundamento traz como consequência uma impossibilidade de pensar a experiência da loucura fora da oposição razão/desrazão, que desemboca em outra: inclusão/exclusão. (BEZERRA JR., 1992, p. 117-118).

Para Foucault (1978), disso resultou um duplo processo de desapropriação: com a concepção de pessoas com transtorno mental a partir da tese da desrazão, e a indicação para a exclusão de tais sujeitos do corpo social.

Na medida em que a filiação da psiquiatria está associada ao ideário da Revolução Francesa, ela pactuou com uma descrição universal e racional do ser humano, considerando assim uma natureza racional comum a todos os homens. Essa premissa impediu constituir a loucura fora do eixo razão/desrazão que, por sua vez, está implicada na proposição inclusão/exclusão (BEZERRA JR., 1992); ou, ainda, para dar um ângulo diferente para a mesma questão, temos uma equação que se contrapõe: razão/inclusão e desrazão/exclusão.

Assim, cidadania, entendida como o “exercício racional da autonomia” (BEZERRA JR.,1992, p. 115), é paradoxal para as pessoas com transtorno mental, que, por conceituação da psiquiatria, são sujeitos desprovidos da razão.

Podemos perceber claramente que essa maneira de situar a questão aponta implicitamente para uma relação de oposição, de contradição entre as noções de cidadania (e seus corolários: liberdade, igualdade, autonomia, racionalidade) e loucura (constrangimento, diferença, dependência, irracionalidade). O cidadão – expressão universal de uma subjetividade racional – se contraporía ao louco, manifestação radical da singularidade subjetiva, rebelde, desviante. (BEZERRA JR.,1992, p. 115).

Visto por esse prisma, não existe perspectiva inclusiva para a pessoa com transtorno mental: loucura e cidadania são constructos que não se interconectam. Ao mesmo tempo que a psiquiatria tomou para si a loucura como princípio da desrazão, também a confinou com a justificativa de tratamento com vistas ao reenquadramento dos sujeitos em determinada norma vigente.

Neste sentido, considerando o constructo da alienação vinculada à loucura, a pessoa com transtorno mental foi categorizada como um “não sujeito”.

Foram esse modelo assistencial e essa racionalidade naturalista da medicina moderna, tributários do discurso do iluminismo, que caucionaram a retirada provisória ou definitiva dos denominados direitos sociais do campo da loucura, com a única exceção de que, como enfermos mentais, os loucos teriam o direito de ser cuidados medicamente e ser protegidos, consequentemente, pelo Estado. (BIRMAN, 1992, p. 74).

Dessa forma, os ordenamentos social e médico, paradoxalmente, ofertaram a assistência enquanto criavam as condições para as pessoas com transtorno mental serem destituídas de direitos. Adjetivado como alienado, suas vontades não eram consideradas e, portanto, não se constituía em um “sujeito de contrato social” (BIRMAN, 1992, p. 74), já que não tinha discernimento para respeitar as regras e firmar o pacto social. Nesse sentido, o tratamento moral, com seu pressuposto de enquadramento, através do confinamento e afastamento social, apresentava a possibilidade de restabelecer esses “não sujeitos” ao contrato social.

No Renascimento, a loucura tinha um status de verdade, enquanto que no século XVIII o louco herdou o espaço social que foi destinado ao leproso três séculos antes. A herança do espaço social do leproso veio acompanhada com a marca da

exclusão. Os discursos mágicos e religiosos foram substituídos pelo discurso médico, e a crença na salvação migrou para a concepção de cura.

Com efeito, se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele também as demais condições de cidadania. Assim o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social por representar uma ameaça à ordem social, na medida em que subvertia os seus fundamentos normativos. Essa exclusão social da loucura teve como correlata a exclusão dos loucos do espaço familiar, de forma que a instituição psiquiátrica e o Estado passaram a definir os destinos sociais dos doentes mentais; portanto, perderam a possibilidade social de gestão de sua liberdade e de seus bens, já que a administração desses últimos funda-se no exercício de sua liberdade. (BIRMAN, 1992, p. 81).

Nessa ordem, transformar o louco em cidadão significou transformá-lo em um sujeito da razão, que, para Pinel, seguia a proposição do tratamento moral, que concebia ser

[...] possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como 'repressão', 'intimidação', 'doçura' e 'filantropia' passaram a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel. (PEREIRA, 2004, p. 114).

A medicina tem função disciplinadora e de ajustamento dos sujeitos, indicando o caráter essencialmente moral com o qual está revestido o cuidado. Nesse tratamento, o lugar da loucura estava delimitado fora das cidades e distante dos grupos sociais.

Apesar das várias propostas reformistas da psiquiatria, principalmente no pós-Segunda Guerra Mundial para tentar romper com o modelo inaugural pautado no alienismo e desrazão, o discurso psiquiátrico não deu conta de produzir outro lugar social para a loucura, permitindo, assim, que a pessoa com transtorno mental se inscrevesse no espaço social como sujeito de direitos e deveres. Birman (1992, p. 72) apontou para a dívida social em relação a esses sujeitos, em função do processo de exclusão vivido e da consequente ruptura em relação aos direitos sociais, considerando um “desrespeito para com sua condição legítima de cidadania”.

Teorias da década de 1920 apontavam que a praxiterapia, ou seja, o tratamento através do trabalho, permitiria a inserção do louco no espaço da cidadania pela via do trabalho

Pela mediação do trabalho, pretendia-se do enfermo mental não apenas o respeito pela prática coletiva denominada trabalho, mas principalmente a regulação infinitesimal do seu corpo e dos seus gestos na sua relação com a ordem do tempo. Portanto, o modelo da produção em série e a sua contrapartida, que é a serialização do sujeito no processo de trabalho, inseriram-se na racionalidade psiquiátrica para refundar a antiga concepção alienista da pedagogia da sociabilidade e para viabilizar a transformação do doente mental em sujeito da razão e da vontade. (BIRMAN, 1992, p. 84).

Com o advento dos neurolépticos nos anos 1940/50, a esperança era que um defeito de ordem biológica estivesse presente nos quadros de loucura, cuja questão a medicação iria resolver. Assim, a premissa era que, com o controle orgânico das paixões, tais sujeitos poderiam ser incluídos no espaço social e ter seus direitos de cidadania passíveis de existência.

As comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, propostas de reformulação do tratamento psiquiátrico nos anos 1940/50, implementadas na Europa e nos Estados Unidos, propunham a “pedagogia da sociabilidade” (BIRMAN, 1992, p. 85), objetivando consolidar o louco como sujeito passível de contrato social. A reorganização/humanização dos hospitais apresentava estrutura que simulava uma microssociedade, em que os internos dos hospitais experimentavam vivências das regras sociais como processo de aprendizagem e contenção dos excessos passionais presentes na loucura. “Dessa maneira a loucura continuava como ‘ausência de obra’, pois apenas na sua conversão ortopédica nas *práticas do bem dizer e do bem fazer* os loucos poderiam ser reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade.” (BIRMAN, 1992, p. 85).

Desta forma, todas essas práticas não deram conta de incluir a loucura no espaço social, visto que partiam da concepção de ajustamento dos sujeitos ao corpo social.

Em relação à psiquiatria comunitária e à psiquiatria de setor, práticas das décadas de 1960/70, nascidas respectivamente em território americano e francês, propunham ações em território, tentando romper a lógica da exclusão dos hospitais psiquiátricos. A psiquiatria comunitária ampliou seu espaço de intervenção, com uma dimensão preventivista, em que a produção da saúde mental se associava à

produção do cidadão ideal para a sociedade. “Nesse contexto o discurso psiquiátrico se estabeleceu como regulador ativo da marginalidade social e como instituinte das regras básicas da cidadania.” (BIRMAN, 1992, p. 86). Por conseguinte, produzir sujeitos cidadãos se resumia a produzir sujeitos com saúde mental. Assim, o rompimento da psiquiatria com a ordem asilar implicou a subjugação da ordem social pelos princípios da psiquiatria, que, por conseguinte, faria a regulação da cidadania.

No encontro da saúde mental com a cidadania, a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) apresentou como proposta a restauração da cidadania da loucura, ou seja, considerou as pessoas com transtorno mental como sujeito de direitos e de deveres e não se propôs o papel de agente normatizador e/ou controlador da loucura. A PDI indicou o desmonte manicomial, ou seja, a desconstrução da psiquiatria para que a mesma reconfigurasse o cuidado em saúde mental para além dos asilos. Assim, a PDI apresentou, como núcleo duro de seus princípios, uma concepção de sociedade com espaço de coexistência para as diferenças e para os diferentes (BEZERRA JR., 1992).

Pensar na temática da cidadania para as pessoas com transtorno mental envolve transcender a concepção idealizada de sujeito social, em que os diferentes não fazem parte desse universo. Envolve também transcender a concepção de que loucura e cidadania são paradoxais, não se misturando, já que a “loucura foi identificada com o ser da morte, e não se reconhecia mais qualquer potencial de verdade na sua experiência.” (BIRMAN, 1992, p. 87).

“A instituição psiquiátrica (no seu sentido mais amplo: conceitos, práticas, normas, estabelecimentos assistenciais, dispositivos legais, corporações profissionais – ou seja, o modo instituído de tratar os loucos) é extremamente reveladora dos impasses e contradições que atravessam a sociedade.” (BEZERRA JR., 1992, p. 113). Dessa forma, o formato do cuidado em saúde mental revela o formato da sociedade na qual esse cuidado se insere. Assim, fazer uma revisão do tratamento necessariamente implica olhar para essa sociedade e para as dificuldades em conectar uma nova forma de cuidado atravessada por pressupostos seculares de exclusão, o que leva a considerar que a reflexão técnica em relação às propostas de tratamentos para as pessoas com transtorno mental significa também uma reflexão política.

Ver a coisa dessa maneira é compreender que para superar o modelo manicomial é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros – isto através de um vocabulário que a nomeia e a torna reconhecível, e de práticas que lhe designam um lugar no conjunto de possibilidades oferecidas a seus membros. (BEZERRA JR., 1992, p. 114).

Para Bezerra Jr. (1992), a única maneira de superar o paradoxo posto pela questão da cidadania para pessoas com transtorno mental seria o de produzir não uma resposta, e sim outro problema que possa “prescindir dos pressupostos racionalistas, universalistas, essencialistas e mentalistas que ainda impregnam essas noções, mesmo nas teorias que nos são mais caras”. (BEZERRA JR., 1992, p. 124). Esse autor sugere também a absorção e a inclusão da psicanálise no debate, teoria que apresenta um homem em construção para além dos princípios racionais, chamando constructos como o inconsciente e a pulsão, o que “nos ajuda a animar criativamente novas formas de conceber a cidadania nas quais o peso normativo da razão possa ser relativizada frente a outros valores.” (BEZERRA JR., 1992, p. 125).

Segundo Oliveira e Alessi (2005), na década de 80 a Reforma Psiquiátrica brasileira teve por foco as mudanças legislativas, jurídicas e administrativas como uma garantia de direitos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, na época, admitia a cidadania como relacionada ao resgate da dívida social para com os loucos. Excluídos socialmente ao longo da História, bastaria, pois, que a sociedade abolisse as formas institucionais concretas de exclusão – leis restritivas, manicômios, grades – e identificasse “os loucos” como cidadãos iguais perante a lei, para que os seus direitos de cidadania fossem garantidos. (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 195).

Mas o tempo tem confirmado que não é tão simples assim, ou seja, o efetivo exercício da cidadania para as pessoas com transtorno mental não está circunscrito à abolição das formas institucionalizadas de exclusão.

Para Delgado (1992), existem três aspectos a considerar quando a questão é a articulação das três grandes categorias: cidadania, loucura e Reforma Psiquiátrica:

Primeiro as questões relativas ao modelo de cuidado, suas tecnologias, administração, equidade. Segundo, a relação loucura/ justiça penal

ancorada nos conceitos fundamentais de periculosidade e inimputabilidade. Terceiro, a questão do cidadão louco, sua condição de sujeito dos direitos civis. São questões heterogêneas, que não podem ser tomadas apressadamente como se formassem um conjunto, sob pena de confusões conceituais e legislativas. (DELGADO, 1992, p. 30-31).

Esse autor fez um estudo que contempla as relações entre a Psiquiatria e a Justiça, destacando que o paradigma da cidadania do louco requer, além de novos arranjos institucionais, também novas formulações teóricas e técnicas. “Por trazer a cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da Reforma deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político.” (DELGADO, 1992, p. 29).

Para Oliveira e Alessi (2005, p. 196) a compreensão da cidadania do louco mudou, de um período em que era visto como atributo formal, vinculado a mudanças legislativas, para “um projeto aberto a ser construído cotidianamente”, apontando para a concepção de cuidado psicossocial e aumento da contratualidade das pessoas com transtorno mental. O que se observou na primeira década do século XXI foi um fervilhante movimento da Reforma no sentido da construção de um novo lugar para a diferença, motivado em especial pelos movimentos culturais contemporâneos que fomentam a inclusão não pela igualdade, mas pelo respeito às diferenças.

No prefácio à 2ª edição do livro *Loucos pela vida* (AMARANTE, 1995, p. 11), escrito por Nilson do Rosário Costa, o autor destacou:

O que aparece submetido a escrutínio é o próprio ideal da cura ou a busca vã em reinscrever o louco como sujeito da vontade e da razão. Nesses termos, o projeto universalista do contrato social, entre sujeitos da razão e da vontade, seria insuficiente para encontrar um lugar para a cidadania tresloucada.

Nesse sentido, parece que o proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira não é o de transportar a conceituação de cidadania, baseada no princípio da igualdade, para o grupo das pessoas com transtorno mental: ao que parece, a questão da cidadania exige a reflexão de um novo lugar social para os diferentes.

3.3 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – A PREMISSE DA IGUALDADE

Alguns autores, como Birman (1992), apontam para o paradoxo da cidadania do louco: ao mesmo tempo que é um sujeito a ser tratado como igual, deve ser protegido pelas diferenças que carrega. Nesse sentido, a “Reforma Psiquiátrica, entretanto, será mais que a extensão igualitária de serviços de boa qualidade a doentes mentais mais pobres, pois terá que emaranhar em sua obrigatoriedade especificidade: que tipo de cidadão é o louco.” (DELGADO, 1992, p. 38).

Igualdade é um conceito relacional e, segundo Musse (2008), a complexidade deste princípio relaciona-se ao

[...] fato de assegurar, ao mesmo tempo, a igualdade formal (negativa) e a material (positiva). A primeira é calcada no individualismo emanado do liberalismo pós-Revolução Francesa. A segunda baseia-se no ideal de bem comum, do Estado Democrático de Direito, que ‘deve promover a equiparação de todos perante a vida, assegurando-se igualdade de oportunidades no acesso à educação, à cultura e aos bens materiais’ (Barroso, 1986, p. 70). (MUSSE, 2008, p. 75).

O movimento das pessoas com transtorno mental reivindica a igualdade, ao mesmo tempo que pleiteia direitos especiais²⁵, o que tecnicamente deixa implícita a diferenciação dos sujeitos. Para Vasconcelos (2010), o problema está em como justificar tais benefícios especiais, que ele compara com um cobertor curto que, quando cobre os pés, descobre o peito, visto que

[...] quando acentuamos as lutas pelos direitos especiais, corremos o risco de acabar afirmando a diferença que justifica e alimenta o estigma e o tratamento diferenciado que a sociedade normalmente tem com o louco, ou seja, despotencializamos a nossa luta no campo dos direitos civis! Em outras palavras, estamos diante de conhecido dilema entre reivindicar cuidado e não querer o controle. (VASCONCELOS, 2010, p. 80).

O impasse da reivindicação de benefícios especiais para as pessoas com transtorno mental se torna ainda mais agravado quando é considerado que o Brasil é um país em que não estão salvaguardadas garantias mínimas no campo da cidadania social para toda a população.

²⁵ O termo “direitos especiais” é utilizado, no campo do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, por Vasconcelos (2000). Esse termo está associado aos direitos que atentam para as singularidades das pessoas com transtorno mental.

Boaventura de Sousa Santos, intelectual e militante, apresenta seus estudos pelo prisma da Epistemologia do Sul²⁶ e articula o capitalismo com a violência posta pelo colonialismo, que veio travestido de uma “missão civilizatória”, resultando em relações atravessadas pelo domínio do capital com as violências do colonialismo, “materializadas em opressões e discriminações de diferentes ordens: étnicas, de gênero, de opção sexual, religiosas, de padrões estéticos [...]” (CARVALHO, 2009, p. 7).

Os direitos humanos apresentam a igualdade como pressuposto base e universal dos direitos humanos, negando, assim, aspectos da identidade, das culturas e das experiências históricas diferenciadas. De outro prisma, a diferença pode ser justificativa para a exclusão e/ou inferiorização dos sujeitos. Para o impasse da igualdade versus diferença, Santos (1997, p. 30) refere que os dois polos devem ser considerados: “as pessoas e os grupos sociais têm o direito a serem iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a serem diferentes quando a igualdade os descaracteriza”.

A organização do movimento da sociedade civil europeia pactua de três saídas (VASCONCELOS, 2000) para essa contradição de reivindicação de direitos especiais, ao mesmo tempo que busca a igualdade. Primeiro, faz a justificativa de direitos especiais pelos danos resultantes da psiquiatria, ideia presente principalmente no debate dos *survivors*, os sobreviventes da psiquiatria que se organizam em um movimento mundial. Nessa perspectiva, os direitos especiais se configuram como uma espécie de indenização. Uma segunda saída é a apresentação das diferenças através de uma forma positiva em que “os usuários são pessoas mais sensíveis, que passam por experiências existenciais mais radicais; nessa direção estaria a própria noção de *users* (usuários) para caracterizar este outro lado de sua identidade social.” (VASCONCELOS, 2000, p. 173). E a terceira saída apresentada pelo movimento europeu concebe que a defesa da igualdade está inviabilizada em razão da segregação social dos usuários, e, nesse sentido, a

²⁶ Epistemologia do Sul é entendida “como um novo paradigma a encarnar outra racionalidade ampla e abrangente, capaz de apreender a riqueza infinita e a diversidade da experiência social em todo o mundo. O ‘Sul’ em Boaventura de Sousa Santos não é um conceito geográfico e, sim, uma categoria sociopolítica relativa aos países, regiões, segmentos, grupos que sofrem processos de exclusão, opressão e discriminação. O ‘Sul’ é uma metáfora do sofrimento humano, produzido nas hibridações do capitalismo e da colonialidade do poder. Na formulação de Boaventura Santos, “a Epistemologia do Sul” assenta-se em uma tripla orientação: “aprender que existe o Sul; aprender a ir para o Sul; aprender a partir do Sul e com o Sul.” (CARVALHO, 2009, p. 4).

reivindicação de direitos especiais é necessária. Trata-se assim de utilizar da concepção de discriminação positiva, presente em vários movimentos de minorias sociais.

A discriminação positiva no movimento dos negros, com as cotas para acesso ao ensino superior, ou ainda dos deficientes que têm cotas em concursos públicos, significa que deve haver uma maior igualdade de oportunidades entre as pessoas, tendo em vista as desigualdades encontradas na sociedade. O que está implicado aqui é que a igualdade formal, prevista na Constituição Federal de 1988 – que em seu artigo 5º declara que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” –, não é premissa suficiente para abolir a discriminação e os preconceitos que circulam pela sociedade.

Para Vasconcelos (2010), o movimento dos usuários busca reivindicar a possibilidade de decisão sobre a própria vida – contrapondo o princípio da tutela –, implicando uma concepção de igualdade entre os homens. E a luta também é por direitos especiais, como o de auxílio transporte e moradia, cotas de trabalho, entre outros.

Esse autor traz o movimento feminino para iluminar o paradoxo igualdade/diferença em que se encontra a saúde mental. O movimento de mulheres, assim como o movimento das pessoas com transtorno mental, reivindica a igualdade, para além das diferenças existentes entre os gêneros. Portanto, a tendência de tais movimentos no enfrentamento desse impasse é “a possibilidade de apropriação da tradição histórica de direitos humanos universais para a sistematização de princípios de direitos especiais, não universais (discriminação positiva) também na área dos direitos civis [...]” (VASCONCELOS, 2010, p. 89-90).

Gabbay (2010), abordando o impasse igualdade/diferença anuncia que “esta última, quando negada, dá ensejo à posição de considerá-la como atributo de alguns, o que leva a qualificá-los negativamente, com uma condição de inferioridade, marcados por um déficit ou uma limitação.” (GABBAY, 2010, p. 53). Esse caminho, o da negação de uma condicionalidade, pode ser exemplificado pelo movimento das pessoas com deficiência, que com a justificativa do “politicamente correto” em dado período da história, foram denominadas de “pessoas com necessidades especiais”, título esse rapidamente rejeitado por esse grupo de atores sociais. A justificativa para essa rejeição foi que “mascarava” e “minimizava” a real situação de deficiência em que viviam.

O oposto da igualdade não é a diferença e sim a inequivalência: na medida que confirma a diferença, também confirma a existência de tratamentos desiguais e não equivalentes. Nesse sentido, a “noção de igualdade é política, pois pressupõe um acordo social para considerar pessoas diferentes como equivalentes em relação a dado aspecto específico, e não como idênticas em si mesmas.” (VASCONCELOS, 2000, p. 185).

3.4 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS

Vasconcelos (2010) considera que existem diferenças entre o movimento de usuários da Europa do Norte e Estados Unidos e Europa do Sul²⁷. Com início nas décadas de 1960 e 1970, o movimento dos usuários na Europa do Norte apresentou duas características importantes: (1) forte ligação com cultura nórdica e anglo-saxônica, com a marca do individualismo associada à cultura protestante; (2) Estado de Bem-estar Social amadurecido e com ampla cobertura social, na maioria dos casos através de organizações civis não governamentais, com exceção da Suécia, que apresenta um padrão estatal de *Welfare State*, e dos Estados Unidos, que têm muitos serviços organizados pelos movimentos de usuários e com financiamento estatal.

Os países da Europa do Norte e Estados Unidos apresentam estratégia política autonomista e de *self-empowerment*,²⁸ ou autovalorização, com perfil de autonomia e independência dos usuários em relação aos familiares e profissionais.

Perguntado em 1966 em Roterdã sobre por que as lideranças europeias defendem que os usuários devem se organizar de forma autônoma, Maths Jespersen (liderança do movimento sueco) sustentou: “Para não misturar profissionais e famílias falando em nosso nome. Há interesses diferentes.

²⁷ A Europa do Sul compreende os países de língua latina e de cultura predominantemente católica, e a Europa do Norte inclui os povos de origem germânica, anglo-saxônica e escandinava, de cultura predominantemente protestante (VASCONCELOS, 2010, p. 69).

²⁸ *Empowerment*, ou empoderamento, em português, pode ser compreendida “como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral. Em saúde mental, entendemos esse conceito como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado.” (VASCONCELOS, 2007, p. 175-176).

O diálogo entre os três deve se iniciar com esse reconhecimento, e nós temos de lutar para afirmar nossa experiência e nossos pontos de vista próprios.” (VASCONCELOS, 2010, p. 72).

Com isso, o movimento da Europa do Norte destaca os diferentes interesses dos diferentes atores que participam dos movimentos sociais, os quais, por vezes, podem ser conflitantes, como o caso de alguns movimentos de familiares e usuários que apresentam propostas diametralmente opostas.

O movimento de familiares surgiu nos Estados Unidos como consequência do processo de desinstitucionalização em que os usuários retornavam para suas famílias, que foram eleitas como cuidadoras, e também contrapondo as inúmeras teorias que culpabilizavam as famílias pelo adoecimento mental de seus entes. Considerando essa última proposição, a Associação de Familiares dos Estados Unidos AMI (Alliance for the Mentally Illness) pactuou dos preceitos do determinismo biológico das doenças mentais com a crença na “cura” através da medicação, liberando assim o sentimento de culpa dos familiares (LOUGON; ANDRADE, 1995).

Citando alguns dados epidemiológicos, os filhos de membros da AMI tiveram em média seis internações nos últimos treze anos; mais da metade dos filhos homens já esteve na cadeia e 49% das filhas mulheres já tentaram suicídio. Estes dados sugerem razões pelas quais teorias psicodinâmicas (como o antiprofissionalismo de Laing e a abordagem antirrotulação de Scheff e Szasz), que culpam os pais pelas doenças dos seus filhos e filhas, soam desagradáveis a esses familiares. (LOUGON; ANDRADE, 1995, p. 515).

Já na perspectiva do movimento dos usuários, a defesa é pela concepção não biológica das doenças e com posicionamento contrário às internações compulsórias. Assim, existem interesses diferentes nos dois grupos, e, por isso, justifica-se a ênfase que o movimento internacional dos usuários dá ao lema: Nada sobre nós sem nós! Mas essa contraposição família/usuário não é regra, com a possibilidade de os dois movimentos pactuarem de um mesmo paradigma.

Os movimentos da Europa do Norte e dos Estados Unidos apresentam forte característica de autonomia e independência dos usuários em relação aos familiares e profissionais (VASCONCELOS, 2010) e com propósitos políticos: (1) atuação frente ao processo de estigmatização e baixo poder contratual das pessoas com transtorno mental, através da participação efetiva na construção e implementação de políticas públicas e questionamento em relação à linguagem usada para nominar tais sujeitos; (2) recusa pelos constructos do modelo biomédico; (3) fortalecimento

da concepção de que os próprios usuários devem falar por eles, negando figuras de “autoridades” no campo mental fora do grupo de usuários; e, por fim (4) estabelecimento de alianças políticas com outros grupos também marginalizados pela sociedade.

Mesmo com a forte característica de autonomia, o movimento do Norte faz também a defesa de direitos especiais, inclusive estabelecendo aliança com o movimento dos deficientes. Em relação a essa parceria, vale registrar que na primeira década do século XXI ocorreu uma importante tentativa mundial de agrupar o campo das deficiências e o da saúde mental. No ano 2007 foi aprovada pela ONU a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)²⁹. Em seu relatório final, no artigo primeiro, deficiência foi conceituada como: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, em interação com diversas barreiras, podem ter comprometimento de sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (CDPD, 2007). Nesse conceito, que frisa a questão dos “impedimentos de longo prazo” e que inclui o “grupo mental”, as pessoas com transtorno mental são abarcadas pelo CDPD (2007) e passam a ter acesso às conquistas legais das pessoas com deficiência. Diante disso, discussões acerca da interdição do louco, da curatela e da inimputabilidade devem estar na pauta das discussões e revisões contemporâneas do campo do direito e da cidadania do louco.

A CDPD (2007) reafirma que todas as pessoas devem gozar de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, além de destacar a acessibilidade como princípio de acesso aos direitos. Considera que a deficiência é resultado da relação entre a pessoa e seu entorno. Assim, rompe com a noção de que a limitação está no indivíduo, deslocando-a para o meio externo, que, por apresentar características pouco inclusivas, pode ser restritivo para uma efetiva participação e integração das pessoas ao meio. Nesse sentido, compete aos governos e à sociedade eliminar as barreiras de toda natureza, e assim, a acessibilidade passa a ser um fator de igualdade dos sujeitos.

²⁹ Essa Convenção foi incorporada à Constituição Brasileira com equivalência de emenda constitucional, por meio do Decreto Legislativo número 186, de 9 de julho de 2008, e promulgada pelo Decreto Número 6.949 de 25 de agosto de 2009.

Existem diferenças importantes entre o movimento do Norte e as sociedades latino-americanas, que estão marcadas por uma cultura hegemonicamente hierárquica. Nas sociedades latino-americanas, as pessoas se constituem “a partir de seu pertencimento a uma rede de relações e suportes sociais familiares, de vizinhança, de compadrio etc., onde a dependência pessoal é reconhecida e até mesmo cultivada, e os elementos de autonomia e independência pessoal não são valorizados.” (VASCONCELOS, 2010, p. 76).

E também nos países latino-americanos existe presença de forte desigualdade social e políticas sociais escassas. Vasconcelos (2010) registra que o perfil dos profissionais da área de saúde tem uma cultura terapêutica acentuada em detrimento de processos mais horizontalizados de tratamento. Soma-se a isso o comportamento elitista da classe média, que tem dificuldades de assumir-se como usuário dos serviços de saúde mental, e assim, “o movimento tem dificuldades de mobilizar lideranças nos estratos sociais com níveis educacionais formais e níveis de renda mais elevados, e mais articulados do ponto de vista linguístico, cultural e teórico-político.” (VASCONCELOS, 2010, p. 77).

Tais características resultam no modo pelo qual o movimento conduz suas reivindicações, visto que, essencialmente, apresentam-se com perfil menos autônomo e independente, contando, em sua maioria, com composição mista, integrando grupo dos usuários, familiares e profissionais. Com ênfase na luta pelos direitos básicos em razão da pobreza vigente, também “podendo implicar a diminuição da força, no outro polo, da luta pela igualdade, contra a exclusão e a estigmatização do louco”. (VASCONCELOS, 2010, p. 77).

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), em sua página virtual, apresenta as características do movimento, enfatizando seu

[...] caráter democrático, contando com a participação ativa e efetiva dos usuários de serviços de saúde mental, seus familiares, profissionais, estudantes e quaisquer interessados em defender uma postura de respeito aos diferentes modos de ser e a transformação da relação cultural da sociedade com as pessoas que sofrem por transtornos mentais. (MNLA, 2012).

Na medida em que esse movimento enfatiza a defesa na transformação da relação entre a sociedade e as pessoas com transtorno mental, propondo também o respeito aos diferentes, fica subentendida uma pactuação com a Reforma

Psiquiátrica brasileira e sua proposição de construção de um novo *locus* para a loucura.

A primeira associação de familiares e amigos de pessoas com transtorno mental no Brasil foi a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), que teve importante papel precursor do movimento de construção dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa associação tinha por missão a defesa dos direitos de usuários e familiares, conseguindo, ainda na década de 1990, suspender a curatela da usuária Graça Fernandes, militante da entidade (VASCONCELOS, 2007). No contraponto e com posicionamento contrário ao da Reforma Psiquiátrica e apoio financeiro de proprietários de hospitais psiquiátricos, existe também a Associação de Familiares de Doentes de Saúde Mental (AFDM).

Em razão de vazios de políticas públicas na área, algumas associações no Brasil, formadas por familiares de estrato menos empobrecido e com maior formação escolar e cultural, foram constituídas em função de experiências pessoais com o tema da deficiência e do transtorno mental (CAVALCANTE, 2003), como a Associação dos Amigos dos Autistas (AMA) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que possuem ramificações em estados brasileiros.

Tais associações tinham também por propósito prover formas de cuidado, preenchendo os vazios das políticas públicas que, “quando apresentam um perfil exclusivamente voluntarista e assistencialista, acabam por se tornar perfeitamente funcionais para a lógica de desresponsabilização do Estado em relação às necessidades coletivas da população”. (VASCONCELOS, 2007, p. 197). Nesse sentido, a mobilização por direitos acaba subalternizada por ações assistenciais.

Vasconcelos (2007) classifica as associações brasileiras em cinco tipos: (1) Associações que surgem onde não existem ainda serviços, mas que reivindicam principalmente a provisão destes junto ao poder público, com participação de profissionais que comungam da militância antimanicomial e com potência combativa, criando parcerias com outros movimentos; (2) Dispositivos associativos formados a partir de serviços já estabelecidos e fortemente dependentes deles e dos profissionais e que, na medida em que tais associações não se emancipam dos serviços, podem ter comprometido o empoderamento desses atores; (3) Associações que nascem dos ou nos serviços, mas que desenvolvem um forte viés autonomista e independente, que, por sua potência de mobilização, podem participar

dos dispositivos de controle social; (4) Associações que nascem no âmbito dos serviços, mas que ampliam sua articulação e sustentação em outras entidades e organizações do movimento popular, fazendo com que entidades que nem sempre têm relação com o tema da saúde mental pactuem das premissas do movimento e o fortaleçam; (5) Associações que nascem diretamente, ou cuja organização passa a ser polarizada pela transferência de recursos estatais para manutenção de projetos de suporte mútuo: o fato de constituir projetos com financiamento público gera algum conflito, na medida em que as lideranças do movimento apresentam duplo vínculo ou, dependendo do caso, duplo interesse, visto que, ao mesmo tempo, são representantes dos interesses da sociedade civil e dos gestores.

Os movimentos sociais “não se constituem como fenômenos coletivos homogêneos ou como personagens dotados de vontades, projetos e sentidos independentes dos impulsos, pressões e restrições do contexto societal – como puras subjetividades”. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 400). Nessa lógica, o movimento de usuários e familiares no Brasil teve importante participação no processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, e, pela diversidade de atores envolvidos e de interesses por vezes divergentes, complexificou mais ainda o processo.

Um tema recorrente no movimento é a da defesa dos direitos, *advocacy*³⁰, que pode acontecer informalmente, na medida em que capacita o usuário ou familiar para a própria defesa de seus direitos, contando, para isso, também com o auxílio de parceiros familiares e/ou simpatizantes.

O movimento da sociedade civil é pródigo na construção de documentos e diretrizes, a exemplo das Cartas e Manifestos com parceria entre usuários, familiares, profissionais e simpatizantes intersetoriais, oriundos de alguns importantes eventos da área. Alguns deles deixaram uma marca importante na construção do movimento, como o III Encontro de Associações de Usuários e

³⁰ “As definições e os significados da *advocacy* têm variado no tempo e vêm sendo formulados a partir de como são compreendidos a política e o poder. Ao *Vocacy* tem origem na palavra *aoVocare*, do latim, que significa ajudar alguém que está em necessidade. Em inglês, provém do verbo *to advocate*. Mas como *advocacia* e *advogar*, em português, referem-se fundamentalmente a atividades de natureza legal ou jurídica, preferimos traduzir *advocacy* como defender e argumentar em favor de uma causa, uma demanda ou uma posição. Isso porque *advocacy* tem um significado mais amplo, denotando iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse, e de articulações mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar maior visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando à transformação da sociedade.” (LIBARDONI, 2000, p.2).

Famíliares em Saúde Mental³¹, em Santos (SP), em 1993 que aprovou a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários em Saúde Mental, documento marcante para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Também no Brasil existiu uma intensa participação de usuários e familiares nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, apresentando propostas de reivindicação de direitos e mudanças na lógica dos serviços que permitam maior horizontalidade e participação efetiva e decisiva dos usuários e familiares em seus tratamentos.

Enfim, o movimento internacional e brasileiro de usuários, familiares e profissionais, para além de suas diferenças, tem se organizado através de diversas frentes de ação: desde a reivindicação em relação ao tipo de tratamento ofertado, em que pese maior respeito à dignidade e diminuição do autoritarismo profissional, na perspectiva efetiva de participação do usuário em seu próprio tratamento; através da formação de estratégias de ajuda mútua; de estratégias de *advocacy*; de luta em prol de mudanças na relação em que a sociedade estabelece com o louco, pelo prisma do estigma, e também através de uma militância social e política, inclusive na ocupação dos espaços legalmente constituídos de controle social.

3.5 CIDADANIA ENQUANTO CONSTRUCTO QUE PERMEIA O CUIDADO NOS SERVIÇOS ABERTOS DE ATENÇÃO, EM ESPECIAL OS CAPS

O propósito desse módulo é refletir sobre importante baliza teórica da Reforma Psiquiátrica, que é o modo psicossocial, firmado em uma estratégia de tratamento que ultrapassa o modelo biomédico e estende o cuidado em saúde mental para além das consultas com especialistas e por prescrições medicamentosas.

O cuidado proposto pelo novo paradigma está atravessado pelo tema da cidadania e, assim, deve ser problematizado nessa perspectiva. Está implicado no constructo cidadania o constructo inclusão, na medida em que ser cidadão é pertencer a algum lugar, com possibilidade de exercício de direitos. Assim, um tratamento que apresenta a proposição da cidadania apresenta também a proposição de atuar na perspectiva da integração sociocultural. “Na realidade, é em

³¹ Em razão da proposta de organização deste estudo, este material será mais bem detalhado no Capítulo IV.

razão da consideração de que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e como tal deverá ser metabolizada.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 154).

Segundo Pols (2015), o termo cidadania migrou da relação entre o indivíduo e o Estado, para considerar a relação em posição aos "outros" na sociedade. Isso implica considerar cidadania não mais em uma perspectiva individual, e sim através de seu componente relacional, em uma compreensão um pouco mais cultural deste constructo. As noções populares de cidadania individual não forneceram ferramentas suficientes para a compreensão desse fenômeno, já que, para o grupo mental, a existência cidadã implica na possibilidade de relacionamento social para além de suas diferenças.

Para essa autora de origem holandesa, os usuários de serviços psiquiátricos foram transformados em cidadãos porque ocorreu a mudança em seu lugar de moradia – dos “asilos” para “casas” –; e também porque as categorias liberdade, autonomia e igualdade são valores importantes na Reforma Psiquiátrica holandesa. Para ela, “a cidadania bem sucedida, então, pode ser interações bem sucedidas entre os cidadãos e seus ambientes.” (POLS³², 2015, p. 6).

A proposta de cidadania relacional apresentada por Pols (2015) pode ser positivamente associada com a perspectiva na Reforma Psiquiátrica brasileira, que concebe cidadania na perspectiva de inclusão, aumento de autonomia, respeito às diferenças e construção de um novo lugar para os diferentes.

E é na prática cotidiana, no cuidado psicossocial que esse constructo pode ganhar potência, para a Reforma Psiquiátrica brasileira

Ainda que seja expressão recorrente nos textos de teóricos clássicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, e mesmo que seja utilizado nas normativas oficiais em relação aos serviços e projetos governamentais, o termo reabilitação psicossocial remete a uma concepção de recuperação e adaptação. Sua origem está assentada no latim, REHABILITATIO, “restauração, recuperação”, particípio passado de REHABILITARE, formado por RE-, “de novo”, mais HABILITARE, “adequar”, derivado de HABILIS, “fácil de adaptar, apropriado” (ORIGEM DA

³² Essa é uma tradução livre do seguinte texto: “Successful citizenship, then, can be turned into successful interactions between citizens and their environments. (Ootes et al. 2013).” (POLS, 2015, p. 6).

PALAVRA, 2016). Assim, na etimologia da palavra fica implícito o pressuposto de adaptação.

Ainda que os termos modo psicossocial de cuidado e reabilitação psicossocial mantenham alguma identidade quando consideramos certas definições dos teóricos clássicos da área, parece importante considerar que a clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica opõe-se aos preceitos da concepção de reparação que a palavra (re)habilitar – habilitar novamente, consertar – carrega implícito. O cuidado proposto por esse novo paradigma se estende para um grande projeto de inclusão social, com a possibilidade de (com)vivência entre os diferentes. É importante enfatizar, ainda que pareça repetitivo, qual a concepção dessa nova forma de cuidado proposta pela Reforma Psiquiátrica para não confundir com um projeto reformista e com perfil de adequação e enquadre dos sujeitos.

As mudanças na terminologia adotada no campo da saúde mental são recorrentes, e isso acontece como resultado de revisões constantes que ocorrem na área mental. A mudança epistemológica do olhar sobre o fenômeno também trouxe modificações na nomenclatura usada para fazer referência a esses sujeitos, como a proposta de alteração do termo de doença/doente mental:

Identificando uma carga ideológica no conceito de doença mental, acusado de ser demasiado específico, absolutista e afirmativo, Rotelli (1990) propõe sua substituição pela expressão “existência - sofrimento do sujeito em relação com o social”. Acredita que, substituindo o termo doença por “existência-sofrimento”, escaparia do reducionismo a que todo conceito inevitavelmente leva e conseguiria dar conta da complexidade do processo. Assim, a terapia deixaria de ser ‘entendida como a perseguição da solução-cura’ para ser ‘um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento’. (GABBAY, 2010, p. 46).

Segundo Amarante (2007, p. 68), os novos termos utilizados pela psiquiatria são transtorno mental, para o português e espanhol, e desordem mental em inglês. Também se tem utilizado o termo “sujeitos em sofrimento psíquico ou mental”, remetendo a uma ideia de experiência vivida por alguém, e, em tal caso, esse alguém é um sujeito em sofrimento.

Também existiu uma alteração do uso do termo “paciente” para “usuário”, levando essa expressão a ser “adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2007, p. 82-83). Assim, na concepção de usuário está implicado um

maior protagonismo das pessoas com transtorno mental. O termo paciente, apesar de ainda usado, contrapõe um movimento de estimular as pessoas com transtorno mental a saírem de uma situação de paciência apática e exclusivamente receptiva, para transformarem-se em atores protagonistas.

Sendo esta uma questão mais ético-política e cultural do que técnica, o futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira está na esperança de que os usuários, familiares, trabalhadores – esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia – encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas. (PITTA, 2011, p. 4588).

Amarante (1998, p. 121) chama a atenção para o uso dos termos louco/loucura, que passaram a ter uso frequente, “sendo utilizados em trabalhos direcionados à comunidade para denunciar sua tonalidade pejorativa, neutralizar o tom estigmatizante e possibilitar que, no imaginário social, seja criado/recriado um sentido de vida e de valor positivo de trocas sociais”.

Com o histórico processo de aprisionamento da loucura pela psiquiatria, Roberto Tikanori Kinoshita (1996, p. 55-56) assinala que o poder contratual da pessoa em sofrimento psíquico é anulado porque

[...] os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados”, sugerindo que o modo psicossocial de cuidado envolve a reconstrução desses valores e o aumento do poder contratual do usuário, mudando o pressuposto de “desvalor natural para um pressuposto de valor possível. (KINOSHITA, 1996, p. 56).

Alguns textos clássicos da Reforma Psiquiátrica brasileira problematizam o cuidado, utilizando o termo reabilitação psicossocial, e têm em Benedetto Saraceno³³ um de seus principais representantes. Para ele, as pessoas atuam em três cenários: cenário habitat, rede social e trabalho.

³³ Benedetto Saraceno é médico psiquiatra, psicofarmacologista e sanitarista, trabalhou com Franco Basaglia e posteriormente no Instituto Mario Negri, importante instituição de pesquisa de Milão. Em 1990 organizou junto com Itzhak Levav, então Diretor do Departamento de Saúde Mental da OPAS, a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, que, ao final, resultou na Declaração de Caracas, documento que norteou a política de saúde mental no Brasil e em outros países das Américas. É um generoso colaborador do Ministério da Saúde do Brasil desde 1992, participante destacado das IIª e IIIª Conferências Nacionais de Saúde Mental e ex-Diretor do Departamento de Saúde Mental Álcool e Drogas da OMS. (ALVES, 2011, p. 1).

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Pense nisso na hora de atender seus pacientes que fazem parte do programa de reabilitação. Porque um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico... Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe *por*, não termine *em*. (SARACENO, 2001, p. 16).

Saraceno (2001) apontou que o cuidado em saúde mental deve estar mais atento ao processo do que ao produto final, ressaltando que a rede social e o trabalho – enquanto valores sociais – são essenciais nessa construção.

O modo psicossocial de cuidado pelo prisma desses quatro componentes pode ser sinteticamente apresentado como: (1) considera os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes no processo saúde-doença-cura, impondo particular importância ao sujeito como participante de seu tratamento; (2) em relação às formas de organização institucional, esse modelo prevê horizontalidade nas relações, com ênfase na participação de todos os atores envolvidos. “Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p. 160); (3) existe um espaço de interlocução, em que a instituição supera sua condição de lócus depositária para a condição de lócus de escuta e fala e (4) que leva em consideração a dimensão subjetiva e a sociocultural, que, acrescidas do respeito à “singularização, são metas radicais quanto à ética das práticas no modo psicossocial, por oposição à adaptação que caracteriza a ética do modo asilar.” (COSTA-ROSA, 2000, p. 164).

A considerar tais pressupostos, o modo psicossocial de cuidado mantém estreita relação com a construção da autonomia e da inserção social das pessoas com transtorno mental, na perspectiva de exercício de sua cidadania.

A proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi colocada em prática antes mesmo da publicação de normativas legais que definiam as políticas públicas de saúde mental sob o ordenamento do novo paradigma. O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em 1987, exatamente 14 anos antes da aprovação da Lei Nº 10.216, mesmo período de início do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), criado em

Santos em 1989, iniciativas consideradas emblemáticas pelo pioneirismo. Talvez a antecipação na criação dos serviços em relação à normatização das Leis tenha sido uma resposta ao quadro assustador de tratamentos que angustiou e apressou os integrantes do movimento – composto por profissionais, familiares e pessoas com transtorno mental – para a mobilização de ações com vistas no desmonte do aparato manicomial e na construção de práticas alternativas. Talvez a ânsia por mostrar que era possível um novo tipo de cuidado, para além dos hospícios e da exclusão. E também, talvez o desejo de sonhar acordado e fazendo.

Vale registrar que vários estados brasileiros se anteciparam à legislação nacional. O fato é que um novo formato no cuidado em saúde mental data da década de 1980, mas a Rede de Atenção Psicossocial, que se propõe a ser substituta do tratamento asilar, foi oficializada através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Antecederam a essa portaria diversas outras, como a Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991 que aprovou a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental; a Portaria SAS/MS nº 224/92 que estabeleceu diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental; e, finalmente; a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que definiu e estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

A RAPS, enquanto projeto de sistematização da rede de saúde mental, ainda está se consolidando e foi composta por diferentes dispositivos e programas; e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi o equipamento que teve maior impacto e visibilidade social, quer pelo número de unidades espalhadas pelo território, quer por ter sido proclamado em seu nascimento como dispositivo que organizaria as ações de saúde mental no território.

Sem o propósito de considerar menor importância nos demais dispositivos da RAPS³⁴, vou concentrar a análise da clínica do modo psicossocial no dispositivo CAPS, que, por ser um serviço emblemático dos preceitos da Reforma Psiquiátrica

³⁴ A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 enumera diversos dispositivos da RAPS, como Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, SAMU, UPA, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros.

brasileira, em tese, deveria carregar a proposta da inclusão por pactuar da clínica psicossocial e por ser serviço territorializado e aberto de assistência.

Com relação ao tipo de clínica ofertado pelos serviços do CAPS, Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1055) apontam que uma mudança paradigmática implica o rompimento com o modelo hospitalocêntrico e supõem que

[...] o atendimento ali ofertado esteja comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao *status quo* representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de saúde mental, sobretudo nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos.

Amarante e Torre (2001) alertam que o fato de serem serviços pautados por uma nova lógica não significa que sejam operados por novas formas de cuidado e de relação com a loucura, sugerindo que devem ser analisados a partir de projetos ruptores e não reformistas, considerando quatro aspectos:

- método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão, periculosidade; e como doença, patologia, desordem;
- princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em nossas velhas e “novas” instituições e serviços;
- os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapêuticas normalizadoras. (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33).

Assim, o novo cuidado não é tarefa simples e implica considerar a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, em que a criação de serviços abertos em território, compatíveis com o processo de desospitalização não garantem a desinstitucionalização, que implica uma ruptura epistemológica.

Se não desconstruirmos a lógica dicotômica e identitária, a qual tende a homogeneizar a diversidade e interceptar devires, aprisionando-os em rótulos, em binarismos hierarquizantes (normal-anormal, homem-mulher, heterossexual-homossexual, branco-negro, rico-pobre), prosseguiremos apenas camuflando a exclusão e o estigma sobre a retórica da tolerância e da aceitação, sobre a retórica do cuidado em saúde e em saúde mental, prosseguiremos, enfim, circunscrevendo as diferenças a um calhamaço de formas pré-fabricadas de ser e de viver. (VASCONCELOS; MENDONÇA FILHO, 2009, p. 189-190).

Existe alguma polêmica e receio de os novos serviços se configurarem nos moldes de “CAPSilha”, pelas dificuldades na criação de rede, “CAPScômio”, no sentido do espectro de confinamento simbólico de alguns serviços, ou ainda de se

transformarem em “CAPScreche”, em referência ao fato de que alguns desses serviços estão pautados por uma concepção infantilizada e de pouca autonomia das pessoas com transtorno mental.

Outra clínica pressupõe forma diversa de visualizar a diferença e os diferentes.

Em outros termos, podemos pensar-fazer uma clínica cartográfica, que force a experimentação da alteridade e a alteridade da própria clínica. Se queremos nos situar para além de uma clínica capturada; se queremos praticar uma clínica de resistência interessada em produzir novas possibilidades de vida e de relações; se queremos nos situar aquém e além das estruturas sociais modelizantes, há que nos aproximarmos do diferente, há que nos aproximarmos da diferença, daquilo que nos força a criar, que nos traz a potência de diferir. (VASCONCELOS; MENDONÇA FILHO, 2009, p. 201).

Campos apresenta três categorias para repensar a clínica: a clínica degradada, que está pautada por queixa e conduta e trata os sintomas; a clínica tradicional, que tem foco na cura e não pensa na prevenção ou na reabilitação e é uma clínica dos especialistas; e, por fim, a clínica ampliada, que é a clínica do sujeito, onde a doença não impede de reconhecer a pessoa que está doente (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015).

O sujeito é sempre biológico, social, e subjetivo. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo, pois há valores, desejos que são construídos socialmente e criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 101).

O conceito de clínica ampliada apresenta aproximação com a nova concepção epistêmica de cuidado psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica, em que o sintoma não se pode sobrepor ao sujeito. Mas, vale pontuar, com a mudança de paradigma de cuidado, também existe a ampliação no território de cuidado, para além da relação técnica e profissional e do território dos serviços.

Para Tenório (2002, p. 39), a “clínica do CAPS, portanto, não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar”, e deve envolver, também, a tradicionalmente e, vale ressaltar, equivocadamente

chamada de “atenção extraclínica”, ou seja, as ações vinculadas ao processo do viver.

A clínica do CAPS implica, também, o empoderamento dos sujeitos, através do fortalecimento na participação democrática de seu plano de cuidados, na formulação de “estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e à saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado.” (VASCONCELOS, 2007, p. 176).

Outro aspecto a ser considerado refere-se à herança da subjetividade calcada no indivíduo, em detrimento dos aspectos socioculturais que forjam o ser/estar no mundo.

A noção de clínica também se transforma na abordagem ético-estética (Deleuze & Guattari, 1972), na qual a subjetividade é coletiva e não individual. Se a subjetividade não é mais um componente do indivíduo, a clínica psicológica clássica, que se centrava sobre a subjetividade individual, perde sua sustentação. O conceito de clínica se amplia, tomando a forma de um ato analítico que age sobre a produção de subjetividade, serializando-a ou singularizando-a, aproximando-se da noção de analisador adotado no âmbito da análise institucional (Coimbra, 1995). (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 78).

Assim, a clínica apresentada pelo novo paradigma proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira não está simplificada em um processo de reintegração social. “É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela, e a criação de fissuras na serialização psiquiátrica.” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 82).

Lancetti (2004, p. 69) apresenta o conceito de complexidade invertida, em que “na saúde geral os procedimentos de maior complexidade são realizados em hospitais e centros cirúrgicos. Na saúde mental a complexidade é invertida, pois os procedimentos mais complexos acontecem na comunidade e os mais simplificados no hospital psiquiátrico”. Essa complexidade indica a necessidade de ações espalhadas pelo território, envolvendo uma diversidade de serviços para além da especialidade mental.

A Clínica Peripatética proposta por Lancetti (2006) são formas alternativas à escuta, geralmente realizadas dentro de um consultório. Ele aponta para a necessidade de se procurarem novos locais e novas relações no processo de cuidado em saúde mental. É uma clínica que envolve não apenas os sujeitos, mas

seus familiares, seu entorno, e se estende para além dos dispositivos de saúde mental, preocupando-se com a preservação da singularidade do indivíduo. Essa clínica se ocupa mais com o processo de redução de danos do que com a proposta de "recuperação" em um sentido normatizador dos sujeitos.

Parecem consensuais alguns aspectos dessa clínica que está pautada por um modo psicossocial de cuidado: (1) possuem a proposta de outro olhar sobre o sofrimento e os que sofrem, libertando o cuidado da intenção de normatizar comportamentos; (2) uma clínica horizontalizada, com valorização de todos os atores envolvidos, incluindo aqui multidisciplinas e a participação efetiva dos usuários e familiares na construção de seu plano terapêutico; (3) uma clínica espalhada pelo território, envolvendo cumplicidade e comprometimento não apenas dos serviços mentais, mas a construção de rede em parcerias com outros serviços da saúde – em especial os da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – e também com outros campos, como educação, cultura, social, além de envolver também a comunidade e a desconstrução do estigma social. Enfim, uma clínica de revisão do tratamento tradicional, reduzida a consultas e medicamentos.

O processo de desconstrução manicomial, para não trocar a codificação psiquiátrica por outra codificação e nela paralisar-se, nem perder-se numa viagem erasmica ou caótica, deve deixar de ser sistemático e afirmar uma posição rigorosa. Cada passo que se opera faz emergir uma ordem provisória e imanente que é, em ato, conhecimento e não meio para alcançar o saber verdadeiro e ótimo. (LANCETTI, 1990, p. 145).

Ainda que passadas quase duas décadas dessa afirmação de Lancetti (1990), é fato que o conhecimento acerca do cuidado em território – em uma perspectiva inclusiva e de respeito às diferenças, pactuando do desejo de construção de um lugar possível para a loucura – é um processo em construção. Considerando Rotelli (1990, p. 91), o “problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; ou, como outros diriam, o processo de singularização e ressingularização”.

3.6 A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ DO LOUCO NOS MOVIMENTO SOCIAIS BRASILEIROS

Mesmo em plena Ditadura Militar, ainda que de forma clandestina, existiram movimentos que se articulavam em nome de luta por respeito e conquista aos direitos de todos. Mas a organização da sociedade civil no Brasil intensificou-se e ficou mais visível nos anos 1980, com a finalização do período militar e diminuição da repressão. Segundo Amarante e Diaz (2012, p. 84), tais movimentos se organizaram como uma teia que, “englobando o conceito de cidadania, a característica que se tornou mais forte foi a construção da ‘cultura de direitos’: a partir de lutas específicas e de práticas concretas, novos direitos criados ou inventados incorporam-se à agenda política”. Um movimento com a presença de posicionamentos que se opõem e entram em embate paradigmático.

Diaz (2008, p. 15) aponta os principais personagens do movimento da reforma, que tinham importante oposição articulada a ela: a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, o setor de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, a Federação Brasileira de Hospitais, políticos e a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM). Os principais argumentos contrários aos preceitos reformistas eram: o movimento da Reforma se equivocou em generalizar a situação de maus-tratos nos hospitais psiquiátricos; o fechamento dos leitos psiquiátricos gerou um contingente de usuários que foram devolvidos sem assistência a suas casas; existia a desmoralização da psiquiatria e um “quadro delirante antimanicomial” por parte dos partidários da Reforma; questionamentos em relação à proposta de horizontalidade em oposição à verticalidade das ações e em apoio à supremacia médica sobre outras categorias profissionais; e também questionamentos em relação ao argumento de que o tratamento na área se transformou em um rendoso mercado, contra-argumentando que os leitos psiquiátricos não eram rentáveis.

E as vozes defensoras da proposta da Reforma estavam presentes em diferentes atores, incluindo alguns psiquiatras, o Conselho Federal de Psicologia, a Rede Nacional Internúcleos e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (DIAZ, 2008, p. 17). Tais personagens e entidades fizeram inúmeras manifestações em defesa dos preceitos da Reforma, destacando o interesse na manutenção de privilégios corporativos e econômicos presentes no modelo asilar; a importância de

pensar uma clínica ampliada, para além de um único personagem, o psiquiatra, e de um local único de atendimento, o hospital; a configuração dos hospitais psiquiátricos “como locais de desesperança, exclusão, invisibilidade e anulação da subjetividade” (DIAZ, 2008, p. 18); a pressuposição de ações no campo social e de direitos humanos, assim como da temática do estigma presente na cultura.

Como consequência desse embate, existiu um aumento da participação, por parte dos que pactuam dos preceitos da Reforma, em espaços de controle social, organizando-se em associações de usuários e familiares, num importante processo de empoderamento.

Na literatura internacional, a perspectiva é corrente em todo o campo social, da saúde e da saúde mental, como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral. Em saúde mental, entendemos esse conceito como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil, de exercício do controle social no sistema de saúde, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado. (VASCONCELOS, 2007, p. 175-176).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios, teve a presença forte de usuários e familiares, ainda que de forma mais intensiva em alguns estados e regiões do país. E, com a emergência desses movimentos, “tornou-se ainda mais complexo o processo social, político, institucional e teórico-profissional da reforma psiquiátrica, na medida em que agora a dinâmica de transformação passa a incluir também a explicitação dos interesses diretos dos usuários e familiares.” (VASCONCELOS, 2007, p. 174).

Segundo Vasconcelos (2007), em 1987 foi fundado o Movimento da Luta Antimanicomial, com potencial político em prol do processo da Reforma Psiquiátrica. Mas, anterior a esse período, já existia registro de existência de associações de usuários e familiares, além de grupos como o dos Alcoólicos Anônimos (AA) e seus derivados, fundado nos Estados Unidos ainda na década de 1930, além dos Centros de Valorização da Vida (CVV), que se iniciaram em São Paulo na década de 1960. E esses grupos, com o propósito de ocupar vazios na assistência, possibilitam agrupar usuários e familiares em uma lógica de autocuidado.

Apesar de não existirem muitas informações atualizadas sobre o movimento, que no Brasil predominantemente é misto, formado por usuários, familiares e profissionais, levantamento realizado por Vasconcelos (2009) aponta para um total de 107 dispositivos associativos³⁵ em todo o país (dados de outubro de 2007) distribuídos entre associações ou dispositivos de configuração internacional³⁶, como o AA, NA e similares; Remar; CVV etc. Existem ainda nove núcleos estaduais do movimento antimanicomial, sendo um deles um fórum estadual de familiares ligado ao Fórum Mineiro de Saúde Mental (MG), sete fóruns estaduais do movimento; um fórum nacional (Internúcleos); uma tendência de âmbito nacional (Movimento da Luta); várias ONGs que atuam no âmbito regional ou nacional, que muitas vezes se autointitulam associações, usualmente estabelecidas em municípios brasileiros. Dentre essas 107 associações, 85 se localizam em sete estados brasileiros: trinta e quatro em São Paulo; catorze no Rio de Janeiro; doze em Minas Gerais; doze em Santa Catarina; cinco no Paraná; quatro no Sergipe e três no Rio Grande do Sul, indicando maior expressividade organizativa desse movimento no sudeste e sul do país.

A Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE)³⁷ apresenta em sua página virtual uma relação de Associações existentes no Brasil, distribuídas pelas regiões do país. Não foi possível identificar a metodologia utilizada para este levantamento, mesmo em contato com a diretoria da entidade, que esclareceu apenas que os dados não estão atualizados.

³⁵ Esse autor esclarece que, em termos metodológicos, foi realizada “uma busca ativa e tentamos entrar em contato e reunir dados de todas as associações no país de que tivemos notícia, ou que encontramos em nossa participação nos vários eventos do movimento da luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica.” (VASCONCELOS, 2009, p. 2).

³⁶ Vasconcelos (2009, p. 3) esclarece que, no formato de registro adotado pela pesquisa, “cada uma dessas organizações foi contada apenas como um caso, não se levando em conta neste momento o número de grupos locais em todo o país.”

³⁷ Segundo consta na página virtual dessa Associação, a “ABRE teve seu nascimento dentro de um contexto muito especial. A Associação Mundial de Psiquiatria lançou em 1999 um programa de combate ao estigma da esquizofrenia, Open The Doors, hoje em 20 países. Em 2001 o Brasil entrou neste programa através da Associação Brasileira de Psiquiatria e do PROESQ Programa de Esquizofrenia da UNIFESP, sob o nome de S.O.eSq” (ABRE, 2017). Registro que a última publicação na página virtual data de maio de 2015.

Tabela 2 - Distribuição de entidades relacionadas com a Saúde Mental e apresentadas pela Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE)

Região	Estado	Quantidade
Região Norte		06
	Acre	01
	Amazonas	02
	Amapá	01
	Pará	02
Região Nordeste		18
	Alagoas	02
	Bahia	02
	Ceará	02
	Paraíba	01
	Pernambuco	03
	Piauí	02
	Rio Grande do Norte	01
	Sergipe	05
Região Sul		28
	Paraná	07
	Rio Grande do Sul	12
	Santa Catarina	09
Região Sudeste		102
	Minas Gerais	27
	Rio de Janeiro	14
	São Paulo	61
Região Centro-Oeste		08
	Brasília	02
	Goiás	04
	Mato Grosso	01
	Mato Grosso do Sul	01
TOTAL GERAL		162

Fonte: ABRE - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. 2016. Elaborado por Lucimar Coneglian.

Ainda que com perspectivas diferenciadas, os dados de Vasconcelos (2009), que estão inseridos em uma pesquisa com metodologia adequada ao caso, e os da ABRE (2016), que agrega entidades que pactuam da luta contra o estigma, assemelham-se na concentração dos movimentos nas regiões sul e sudeste do país.

Segundo Amarante (1998, p. 119), existem registros de que os primeiros movimentos de usuários e familiares de que se têm notícia no Brasil surgiram na cidade de Barbacena, como resultado da visita que Basaglia fez ao Hospital Colônia, em 1979. A Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), uma das primeiras associações, fundada em 1978 no Rio de Janeiro, apresenta em sua página virtual³⁸ a missão da entidade:

³⁸ A última publicação na página virtual da SOSINTRA foi em 28 de novembro de 2013.

A ideia motriz da SOSINTRA é auxiliar na reinserção social dos usuários do serviço de saúde mental através do estímulo ao trabalho, considerando o conceito deste como valor social, assim como de encontros para a troca de informações e apoios entre os usuários, seus familiares e técnicos especializados. O fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares dos serviços de saúde mental sempre foi o carro-chefe do trabalho exercido pela SOSINTRA desde a sua fundação. (SOSINTRA, 2016).

Vasconcelos (2009) registra que a criação de muitas associações foi estimulada a partir de diferentes eventos que aconteceram na década de 1990, principalmente a II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, que, partindo da estratégia de realização de conferências municipais e regionais, serviram de gatilhos desencadeadores de dispositivos associativos no país. Outro estímulo para a criação de entidades organizativas foi a formalização, pelo SUS, do controle social, prevendo participação efetiva de usuários em órgãos deliberativos, como os Conselhos de Saúde e Conferências, nas diferentes esferas governamentais: nacional, estadual e municipal.

Algumas características em relação a associações apontadas por Vasconcelos (2009) e aqui apresentadas de forma condensada podem ser descritas como: a maioria das entidades locais e municipais foi fundada a partir dos serviços de CAPS, com a participação mista – usuários, familiares, profissionais – e, alguns casos, com a participação de pessoas simpatizantes com a causa; a maioria apresenta uma organização formal, com diretoria e estatuto, e muitas com trabalho voluntário; a maioria delas registrou seu apoio aos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, apresentando sua missão vinculada à defesa dos direitos de usuário e familiar, ofertando oficinas de capacitação e trabalho de geração de renda para aumentar a contratualidade dos sujeitos.

Duas associações manifestaram-se “explicitamente contrárias à reforma psiquiátrica, sendo já bastante conhecidas no campo da saúde mental no país: a AFDM, fundada no Rio de Janeiro, mas com ramificações e grupos em outros estados, e o Projeto Fênix, de São Paulo”. Amarante (1995) registrou a fundação, em 1991, da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) como consequência do temor frente ao proposto no então Projeto de Lei 3.657/89³⁹. Essa associação surgiu pela pressão da Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

³⁹ Este Projeto de Lei foi a proposta original apresentada pelo deputado Paulo Delgado, transformando-se, posteriormente, na Lei 10.216 aprovada em 2001.

[...] com certo tom de “terrorismo”, quanto à ameaça representada pelo Projeto de Lei de impedir a internação dos pacientes e de deixá-los em completa desassistência. Não se pode afastar, também, a hipótese de que a entidade tenha sido criada não apenas pela pressão acima descrita, mas diretamente, como um braço social da FBH. (AMARANTE, p. 120, 1998).

O Projeto Fênix, fundado em 1997, apresenta sua missão em sua página virtual⁴⁰: “Apoia, através dos grupos de autoajuda, os portadores de transtornos mentais e seus familiares, no controle e na aceitação do transtorno, visando assim favorecer o seu convívio social, melhorar sua produtividade e qualidade de vida”. (PROJETO FÊNIX, 2016).

Movimentos com potência internacional que apresentam perspectivas interessantes em relação à associação de usuários são exemplificados com o grupo de Ouvidores de Vozes (*Hearing Voices*) e com o movimento de Sobreviventes da Psiquiatria (*Survivors of Psychiatry*).

O movimento Ouvidores de Vozes foi fundado na Holanda em 1987 pelo psiquiatra Marius Romme. É um movimento com ação internacional, e em outubro de 2016 aconteceu, em Paris, o 8º Congresso Mundial de Ouvidores de Vozes, organizado pela Intervoice, uma rede internacional de pessoas que ouvem vozes e seus apoiadores (profissionais de saúde e família). Com parco material nacional disponível, no Brasil existe esse movimento em Campinas, Intervoice – Ouvidores de Vozes Brasil, que divulga seu trabalho através de página social. Partem do princípio de que o problema principal não está em ouvir vozes e sim de estabelecer uma forma de convivência com elas, caracterizando-se como uma abordagem alternativa ao saber psiquiátrico tradicional, que busca a remissão dos sintomas (MUÑOZ et al., 2011).

A proposta desse movimento é coletivizar as experiências alucinatórias, dividindo também estratégias de enfrentamento. “Compartilhar as vozes e seus efeitos em grupo pode ser útil para contornar o caráter fora do sentido da experiência, ao introduzir múltiplas e novas formas de se haver com aquilo que se apresenta como resto, desconectado do universo discursivo.” (MUÑOZ, 2009, p. 3).

O grupo Sobreviventes da Psiquiatria surgiu do movimento pelos direitos civis nos Estados Unidos no final da década de 1960 e início dos anos 1970. O termo “sobrevivente psiquiátrico” é usado para descrever pessoas cujos direitos humanos

⁴⁰ A última publicação na página virtual do Projeto Fênix data de 30 de junho de 2016.

foram violados pelo sistema de saúde mental. A Rede Internacional dos Utilizadores e Sobreviventes da Psiquiatria, que agrega, em formato internacional, grupos que comungam dos preceitos de sobrevivência da psiquiatria, participou ativamente na construção da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Esses dois movimentos, até onde foi possível apurar, ainda têm pouca expressividade e visibilidade no Brasil.

Um conceito interessante é o de *recovery* que, apesar de pouco difundido no Brasil, está sendo discutido mundialmente desde a década de 1970 (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007, p. 114). Para além das dificuldades de consenso acerca da sua definição, pode ser considerado “como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999)”. (DUARTE, 2007, p. 127). Não se trata de um processo de recuperação dos sujeitos ou ainda de pressuposto de cura ou o retorno à condição anterior da doença. *Recovery* parte das narrativas e vivências das pessoas com transtorno mental e, nesse sentido, é um processo individual, mas que se expande para o entorno social na medida em que busca a ressignificação da doença, dos sintomas, do tratamento com vias na reconfiguração da vida e do lugar social.

[...] o *recovery* ocorre através dum processo de fortalecimento pessoal, da assumpção do controlo das pessoas sobre as decisões importantes que afectam a sua vida e da participação na vida das suas comunidades, através da (re) aquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, educação ou da família. O *recovery* tem, assim, também uma dimensão social e política, para além do pessoal, implicando a reclamação da igualdade de oportunidades, dos direitos civis e da cidadania. O envolvimento na defesa cívica e na acção política tem sido um factor importante nos processos de *recovery* de muitos consumidores/ sobreviventes (Jacobson & Curtis, 2000). (DUARTE, 2007, p. 129).

Nesse sentido, o conceito de *recovery* estabelece relação com posicionamento, por parte do usuário, do controle e direcionamento do seu cuidado, coerente com perspectivas da premissa: Nada sobre nós sem nós!

Tendo como editores Fernando Freitas e Paulo Amarante, a página virtual ‘Mad in Brasil’ comenta sobre a pouca potência do movimento de ex-usuários no Brasil:

É expressivo o fato de que, embora tenhamos um forte movimento de luta dos “usuários e familiares”, ainda não contemos com um forte movimento de “ex-usuários”. No Brasil ainda não há movimentos de “ex-pacientes” ou de “sobreviventes da psiquiatria”, p. e. Isso é eloquente. Na verdade, ainda estamos fortemente dependentes dos mitos criados pela psiquiatria, enquanto instituição, seja com relação aos determinantes biológicos dos transtornos mentais – o suposto fundamento científico do “desequilíbrio químico”-, seja com relação ao tratamento com antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos etc. Se é verdade que temos tido êxito em inserir na sociedade as pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental, é igualmente verdadeiro que está sendo formada uma enorme população de crônicos convivendo no “território”, de pessoas dependentes do tratamento psiquiátrico. Se é verdade que temos muito o que ensinar ao mundo como é possível se “ressocializar” aqueles que durante anos ou décadas passaram as suas vidas entre as quatro paredes de um asilo psiquiátrico, não é menos verdadeiro que temos muito o que aprender com as experiências mundiais de como garantir que aqueles que estão hoje sob dependência de drogas psiquiátricas possam enfrentar os sintomas inerentes da interrupção da medicação psiquiátrica e estarem recuperados para a vida livres da psiquiatria. (MAD IN BRASIL, 2016).

Os pesquisadores Mcwade, Milton e Beresford (2015) – este último é integrante do movimento internacional dos sobreviventes da psiquiatria – criticam a ausência de pesquisas pela ótica dos que têm experiência de sofrimento mental, que frequentemente são “congelados” para fora dos processos de produção de conhecimento. Este é também o posicionamento de um movimento internacional potente, o do grupo dos deficientes “Nada sobre nós, sem nós!”⁴¹, que registra a

⁴¹ Pelos registros históricos, o mote “Nada sobre nós, sem nós” se iniciou na África do Sul, em que a luta pela liberdade esteve vinculada à luta da deficiência: “Para cada pessoa que morreu na luta, três outras ficaram com uma deficiência” (SASSAKI, 2007, p. 5). No ano de 1986, no artigo “NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS: algumas reflexões sobre o movimento das pessoas com deficiência na África do Sul”, William Rowland conta que, em 1981, o Governo se recusou a reconhecer o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e que, em 1986, à revelia das próprias pessoas com deficiência, proclamou convenientemente o Ano das Pessoas Deficientes da África do Sul. As lideranças das pessoas com deficiência se retiraram da conferência nacional e só retornaram quando lhes foi garantido o espaço para ler a mais poderosa declaração até então escrita. O líder Phindi Mavuso fez a leitura do “catálogo” de injustiças, contendo a dupla discriminação do apartheid e das deficiências. Quando Eugene Terreblanche convocou seus homens “armados com um milhão de rifles”, Mavuso e mais 1.200 pessoas com deficiência marcharam até a colina de Soweto onde, diante das portas do Hospital Baragwanath, lançaram o protesto contra a crescente onda de violências. Além do protesto, as lideranças realizaram duas iniciativas: a iniciativa política para mobilizar as pessoas com deficiência para reivindicarem seus direitos; e a iniciativa desenvolvimentista para gerar renda através da autoajuda. E também construíram uma nova filosofia: a deficiência não era uma questão de saúde e bem-estar, e sim uma questão de direitos humanos e de desenvolvimento; o modelo médico da deficiência não era adequado e os médicos e assistentes sociais “não deveriam controlar nossa vida, os métodos pacifistas de luta serviriam melhor à nossa causa e nós deveríamos nos alinhar com o movimento de libertação. Nós nos conscientizamos e adotamos o nosso (agora famoso) lema: NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS”, termina Rowland (SASSAKI, 2007, p. 6). “Em 1993, era publicado mais um livro cujo título contém o lema NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS. Este traz o subtítulo: “Opressão à deficiência e empoderamento”. Autor: James I. Charlton. No livro, o autor conta que ele ouviu pela primeira vez a expressão NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS quando estava na África do Sul em 1993. (SASSAKI, 2007, p. 7).

importância da presença e da participação das pessoas com transtorno mental não apenas na produção do conhecimento, mas também nas definições das políticas de assistência.

Outro movimento internacional é o STOP-DSM, que questiona a lógica classificatória do DSM, defendendo uma abordagem mais ampla. Quatro manifestos marcaram esse movimento: o Manifesto de Barcelona (14 de abril de 2011), contrário a uma psiquiatria estatística; o Manifesto de Buenos Aires (17 de maio de 2011), que apresentou o temor de uma clínica apoiada em rótulos que se convertem em sentenças; o Manifesto de São João Del-Rey (2 de agosto de 2011), que recomendou foco no sujeito e em seus modos singulares de se relacionar com o sintoma e com o mundo que o cerca, além de recomendar a não submissão aos lucros da indústria farmacêutica; e o Manifesto de Porto (24 de julho de 2012) (SILVA, 2013).

Destaco tais movimentos para marcar a diversidade de agenda relacionada ao movimento da sociedade civil organizada, em caráter internacional, embora muitos deles estejam presentes também no Brasil e são partícipes na configuração de um novo paradigma em saúde mental.

O empoderamento dos usuários, no Brasil, a partir do rápido retrato acima apresentado, pode ser considerado expressivo em algumas instâncias, como na participação nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, que serão detalhadas no capítulo 4. Mas pode também ser qualificada como insipiente no sentido de uma maior emancipação em relação aos familiares e profissionais, visto que organizações exclusivas de usuários são menos frequentes nos países da América Latina.

CAPÍTULO 4

CIDADANIA E GARANTIA DE DIREITOS – MOBILIZAÇÃO SOCIAL E LEGISLAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

A Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴² (DUDH), adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, é um documento internacional e oficial que apresentou o tema dos direitos humanos como categoria universal. No texto final, já no primeiro artigo está registrado qual o solo no qual o documento iria se apoiar: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948). Na medida em que a Declaração parte das categorias igualdade e razão, ficaram implícitas as dificuldades de inclusão das pessoas com transtorno mental no tema dos direitos humanos, haja vista as diferenças e o pressuposto da desrazão que os constituem.

O atual paradigma de direitos humanos oferece algumas dificuldades por refletir um discurso liberal⁴³, ocidentalizado, com base iluminista e racional, seguindo

⁴² Embora com o título de “universal”, a DUDH foi concebida pelos pressupostos de um grupo e está longe de ser resultado de amplo consenso. “O grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, encarregado da redação do Projeto da Declaração Universal de Direitos Humanos, incluía nacionais dos seguintes países: Bielorrússia, Estados Unidos, Filipinas, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, França e Panamá. Durante a aprovação do texto final, dos cinquenta e oito Estados membros das Nações Unidas no ano de 1948, quarenta e oito votaram a favor, nenhum contra, oito se abstiveram e dois estavam ausentes. Os países que se abstiveram foram: Bielorrússia, Checoslováquia, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, Polônia, Ucrânia, África do Sul, Iugoslávia e Arábia Saudita. Este último entendeu que o artigo 18, que menciona expressamente a liberdade de mudar de religião, não era compatível com a fé islâmica”. (FRANCISCO, 2003, p.4).

⁴³ Segundo Trindade (2010, p.38-39), a herança liberal dos direitos pode ser descrita como: “Primeiro: os direitos humanos dos liberais tinham a assumida inspiração no muito diverso caudal filosófico do direito natural, cuidadosamente selecionado e adaptado aos interesses e preconceitos da classe que comandara a transformação revolucionária, redundando numa noção individualista e abstrata de homem, um homem socialmente descontextualizado e a-histórico. Segundo: representaram o triunfo ideológico e legal de uma concepção não universal de ser humano, concepção restrita a uma matriz branca, masculina, rica ou quase rica, e de padrão civilizatório eurocêntrico. Terceiro: operaram uma cisão ideal no indivíduo. De um lado, o “homem”, assim considerado na sua vida concreta e cotidiana na “sociedade civil”, esfera “privada” na qual tem existência real sob as delícias ou tormentos próprios à sua particular inserção social. De outro lado, o “cidadão”, um construto político-jurídico que, formalmente, “igualaria” as pessoas nas suas relações com o Estado – pois este, esfera “pública”, alegadamente “neutra”, não levaria em conta as contradições atuantes na sociedade civil. Quarto: os direitos humanos consagraram, acima de tudo, as garantias sem transigências da propriedade privada – claro, para os que a conseguissem obter e manter, fosse por quais meios fossem. Quinto: entronizaram a igualdade perante a lei, a igualdade civil (supressão dos estados

uma lógica individualista e universal. Uma vez que o pressuposto inaugural da Declaração é o dos direitos universais e inatos, existe negação das especificidades culturais e de grupos com composição diferente do que está normatizado pela sociedade liberal e com caráter ocidentalizado, podendo tal projeto ficar caracterizado mais como um projeto burocrático do que como uma prática:

O fato de a universalidade dos direitos do homem estar positivada em todos os tratados e declarações de direitos humanos não conduz à ilação – sob pena de imperdoável ingenuidade – de que os mesmos possuem legitimidade em todas as culturas. E mais: a ratificação universal desses instrumentos internacionais por Estados de distintas tradições culturais pode estar a demonstrar mais uma diplomacia dos direitos humanos do que um verdadeiro comprometimento com as normas neles consagradas. (FRANCISCO, 2003, p.2).

Na história da construção do documento, há registro de que o Conselho Executivo da Associação Americana de Antropologia, ainda em 1947, alertou para os riscos na formulação de postulados pautados por crenças e códigos morais de determinada cultura, já que esse fato poderia diminuir a aplicabilidade do documento. (FRANCISCO, 2003).

A previsão dos antropólogos americanos se concretizou e, em 1993, a I Conferência Mundial de Direitos Humano – conhecida como Conferência de Viena, adotando o nome a cidade que a acolheu – reuniu representantes de mais de cento e setenta países com diferentes composições culturais, sendo palco de um embate importante questionando a premissa de universalidade dos direitos humanos e seu caráter ocidental. Esse evento internacional foi considerado um marco da tensão universalismo-relativismo (FRANCISCO, 2003). Apesar de muitas manifestações contrárias, no discurso final da Conferência foi confirmada a proposição da

ou ordens). Na prática, pouco menos que uma irrisão, considerando-se que essa igualdade formal coexistia, sem qualquer desconforto moral, com a brutal desigualdade social que o capitalismo triunfante alastrava pela Europa, com a renovada inferioridade (inclusive, legal) das mulheres, com a redução à subserviência, manu militar, dos povos não-europeus, com o tráfico negreiro gerador da diáspora africana e abastecedor da escravidão nas colônias, e o com o massacre dos indígenas americanos. Sexto: asseguraram a liberdade individual (ainda assim, não para todos, como visto). Cada um que dela tirasse o melhor proveito na reconhecida dura luta pela vida. Esse novo binômio legal – igualdade/liberdade – permitiu que emergisse a figura jurídica do “sujeito de direitos”, indispensável à mola mestra do capitalismo, a livre contratação. Sétimo: os direitos políticos deixaram de ser privilégios de estamentos. Passaram à titulariedade dos que fossem ricos ou quase isso, pois o voto tornou-se censitário, salvo em alguns estados norte-americanos, e assim permaneceria por mais cem anos. Oitavo: o que hoje se designa por direitos econômicos, sociais e culturais não eram sequer cogitados no catálogo dos direitos humanos imaginados pelos pensadores liberais”.

universalidade, indicando pouca valorização frente aos vários posicionamentos divergentes.

No entanto, para além do registrado na Declaração, a premissa da universalidade dos direitos humanos está confrontada pela diversidade cultural presente no mundo. Santos (1997) problematiza essa questão com a concepção de universalismo e globalização hegemônica, em que os valores ocidentais se travestem de universais como forma de expansão de seu legado: liberalismo, individualismo e mercado. Para Santos (1997, p. 18), essa homogeneização é questionada e parte do pressuposto de que a globalização⁴⁴ deve ser conceituada como um “conjunto de arenas de lutas transfronteiriças”. Sua tese é que, enquanto forem concebidos como direitos humanos universais, estes tenderão a operar como uma forma de globalização de cima para baixo; e, assim, serão sempre um instrumento de “choque de civilização” ou, ainda, “como arma do ocidente contra o resto do mundo.” (SANTOS, 1997, p. 19).

Santos (1997) apresenta cinco premissas que fundamentam a transformação de uma prática dos Direitos Humanos de um localismo globalizado⁴⁵ para um projeto cosmopolita⁴⁶: (1) a superação da dicotomia universalismo e relativismo cultural; (2) a identificação isomórfica de dignidade humana e Direitos Humanos nas diferentes culturas – ou seja, embora a constatação de que todas as culturas falam de dignidade humana, nem todas a concebem dentro da premissa dos

⁴⁴ Santos (1997, p. 16-18) apresenta quatro formas de globalização: localismo globalizado, globalismo localizado, cosmopolitismo e o patrimônio comum da humanidade. Os dois primeiros foram considerados como globalizações de cima para baixo, e os dois últimos - cosmopolitismo e o patrimônio comum da humanidade - são globalizações de baixo para cima.

⁴⁵ Localismo globalizado foi conceituado como o “[...] processo pelo qual determinado fenômeno local é globalizado com sucesso, seja a actividade mundial das multinacionais, a transformação da língua inglesa em *língua franca*, a globalização do *fast food* americano ou da sua música popular, ou a adopção mundial das leis de propriedade intelectual ou de telecomunicações dos EUA.” (SANTOS, 1997, p. 16).

⁴⁶ Cosmopolitismo parte do princípio de que “as formas predominantes de dominação não excluem aos Estados-nação, regiões, classes ou grupos sociais transnacionalmente na defesa de interesses percebidos como comuns, e os de usarem em seu benefício, subordinados a oportunidade de se organizarem percebidos como comuns, e de usarem em seu benefício as possibilidades de interacção transnacional criadas pelo sistema mundial. As actividades cosmopolitas incluem, entre outras, diálogos e organizações Sul-Sul, organizações mundiais de trabalhadores (a Federação Mundial de Sindicatos e a Confederação Internacional dos Sindicatos Livres), filantropia transnacional Norte-Sul, redes internacionais de assistência jurídica alternativa, organizações transnacionais de direitos humanos, redes mundiais de movimentos feministas, organizações não governamentais (ONGs) transnacionais de militância anticapitalista, redes de movimentos e associações ecológicas e de desenvolvimento alternativo, movimentos literários, artísticos e científicos na periferia do sistema mundial em busca de valores culturais alternativos, não imperialistas, empenhados em estudos sob perspectivas pós-coloniais ou subalternas, etc., etc. (SANTOS, 1997, p. 17).

Direitos Humanos; (3) a conscientização de que todas as culturas são incompletas e apresentam problemas quando o tema é a dignidade humana; (4) o fato de que todas as culturas apresentam versões diferentes de dignidade humana; e (5) as premissas não antagônicas de igualdade e diferença, em que “nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as diferenças são desiguais.” (SANTOS, 1997, p. 22).

As premissas de Santos (1997) indicam a necessidade de diálogo intercultural sobre a temática dos Direitos Humanos, que resultaria em concepções plurais acerca dos mesmos, através do constructo da hermenêutica diatópica, que “exige uma produção de conhecimento colectiva, interactiva, intersubjetiva e reticular.” (SANTOS, 1997, p. 28).

Neste quarto capítulo, serão apresentados os documentos internacionais e nacionais associados com a saúde mental, e que de uma ou outra forma carregam os princípios de projetos de cidadania para as pessoas com transtorno mental.

4.1 CIDADANIA PRESENTE NOS INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS E NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

O documento “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”, conhecido como Declaração de Caracas (ONU/OPAS, 1990) é um marco na proposta de mudanças na assistência em saúde mental. A introdução do documento assinala que “a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva”, visto que o hospital psiquiátrico, enquanto única modalidade assistencial, tem perfil segregador, violador dos direitos humanos e civis das pessoas com transtorno mental, além de absorver grande parte dos recursos financeiros destinado à área.

No texto consta que “a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços” (ONU/OPAS, 1990), devendo o cuidado pautar-se por “salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis”. Assim, a Declaração de Caracas fortaleceu e deu o respaldo de um organismo internacional como a ONU, para que os tratamentos oferecidos para as pessoas com

transtorno mental acontecessem em formato territorial, com foco no respeito aos direitos humanos.

A Declaração de Caracas (ONU/OPAS, 1990), um documento bastante simplificado, com pouco mais de duas laudas, repete quatro vezes o termo Direitos Humanos, adjetivando os hospitais psiquiátricos pelo seu perfil hegemônico, segregador, gerador de incapacidades para o convívio social e violador dos direitos humanos e civis das pessoas com transtorno mental. Finaliza recomendando “um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação”. Dessa forma, trata-se de um documento bastante assertivo e que carrega premissas desinstitucionalizantes.

O Brasil foi signatário da Declaração de Caracas, e sua legislação, na primeira década do Século XXI, formalizou portarias e leis que resultaram em avanços na implementação da Rede de Atenção Psicossocial. O marco na área é a aprovação da Lei Nº 10.216/2000, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental.

A mudança de paradigma, migrando o local de atendimento do hospital para o território foi permeado por histórico embate no campo político, em que forças opostas e com interesses econômicos retardaram, por mais de dez anos, a aprovação dessa lei de garantia de direitos e de tratamento humanizado. “Mais uma vez percebemos os efeitos da luta pela hegemonia que se trava no setor da Saúde Mental neste momento histórico entre os representantes do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e do Paradigma Psicossocial.” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 75).

A Lei aprovada foi considerada uma versão atenuada da proposta original, apresentada em 1989, no Congresso, pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços abertos (LUZIO; YASUI, 2010; TENÓRIO, 2002). Comparando o texto inicial apresentado pelo deputado Delgado em 1989 com o aprovado em 2001, Luzio e Yasui (2010, p. 21-22) consideram que “a mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial.” Ainda que reformulada e

refletindo o “consenso possível” (BRASIL, 2004a, p. 20), a aprovação foi celebrada e ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

No primeiro artigo, pactuou dos preceitos do SUS, prevendo a universalidade da assistência independente de qualquer condicionalidade: raça, sexo, religião, entre outros. O texto considerou nove direitos das pessoas com transtorno mental:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2004a, p.17).

Este elenco de direitos apenas sugere um tom de respeito às pessoas com transtorno mental, prescindindo de maior ênfase. A utilização de termos vagos como “ser tratada com humanidade e respeito”, “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde” e “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” não atinge a raiz do problema que, em última instância, refere-se ao paradigma presente no modelo asilar, no qual está implícito um modelo que reflete o biopoder e a exclusão.

Em seu artigo 4º, fala da possibilidade de tratamento através da internação e, no § 1º desse artigo, determina que o “tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2004a, p.18). Aparece aí uma contradição intransponível: como reintegrar em um serviço cuja proposta é o afastamento social, a exclusão? Essas contradições confirmam o embate ideológico que antecedeu a aprovação da Lei e que tentou conciliar dois paradigmas opostos.

O Artigo 6º registra que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, mais uma vez tendenciando para o modelo vertical, de autoridade médica em que as demais

profissões são subalternizadas e que o usuário não é copartícipe de seu processo de tratamento. De qualquer forma, sob outro prisma, é possível considerar alguma positividade na legislação, já que a internação deixa de ser acessível e estar viabilizada por vários setores, considerando que anterior a Lei 10.216 a internação era uma ação de todos e de qualquer um, para além de uma ação do campo da saúde.

A Lei 10.216 também reafirmou uma prática corrente no paradigma biomédico que permite o tratamento através de internação involuntária – que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro – ou de internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

A tipologia apresentada nos faz refletir sobre o poder do Estado e outros (terceiros) de limitar o direito de ir e vir destas pessoas, uma vez que existem duas possibilidades desta internação incidir sobre as mesmas independentemente de sua vontade. Podemos dizer que a estes usuários é concebido o direito de escolher a internação sendo negado o direito de rejeitá-la. (SILVA; REINTGES; ACIOLE, 2012, p. 9).

Assim, a Lei 10.216 acabou sendo uma versão atenuada do que foi inicialmente apresentado pelo Projeto de Lei 3.657/1989 e carrega certo pressuposto *kafkiano*, em que pactuam duas visões contraditórias; disso provavelmente se explica o tom vago de alguns artigos. Ainda assim, essa Lei representou um marco importante e foi considerado, por alguns como, fator que “impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.” (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010, p. 6). De fato, se formos olhar apenas para um aspecto, o da criação de serviços CAPS no país, a partir de 2001 iniciou-se um processo de avanço com progressão geométrica: 295 unidades em 2001, 424 em 2002, 500 em 2003, 605 (2004), 738 (2005); 1010 (2006) 1155 (2007); 1326 (2008); 1467 (2009); 1620 (2010); 1742 (2011); 1937(2012); 2062 (2013) e, finalmente, 2209 unidades CAPS em 2014 (BRASIL, 2015b, p. 9). Vale registrar que a Portaria 224 de 1992 já tinha regulamentado todos os serviços de Saúde Mental, incluindo os que chamavam de NAPS/CAPS, mas somente pela Portaria/GM nº 336/2002 se estabeleceram mecanismos de financiamento específicos para tais serviços, independente do teto financeiro municipal. Assim, e sob pena de induzir erro por uma análise reducionista, para além da Lei 10.216, muitos outros acontecimentos

foram contribuindo para o estímulo à abertura de serviços abertos de cuidado em saúde mental.

Apesar da existência de Legislação anterior à Lei 10.216, inclusive de cunho estadual⁴⁷, é possível destacar que no Brasil algumas das portarias aprovadas estabeleceram uma forte concepção de atenção aos direitos das pessoas com transtorno mental. Dentre elas, destaca-se a Portaria/SAS nº 145⁴⁸, de 25 de agosto de 1994, que criou os Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) que, através de visitas às unidades hospitalares, foram definindo critérios objetivos de vistorias e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou privados, com contrato público.

O aporte para o tratamento alcança também a possibilidade de acesso ao medicamento, como comprova a Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, assegurando aporte efetivo e regular de recursos financeiros para que os estados e municípios conseguissem organizar programa de farmácia básica em saúde mental. Em relação à questão medicamentosa, existe alguma polêmica no sentido de que está posto na atualidade a premissa da medicalização da vida, em que pese um biologismo extremo, negando a complexidade dos processos subjetivos do ser humano. E a indústria farmacêutica é um personagem importante nesse campo por conta das pesquisas farmacêuticas que produzem conhecimentos e que podem “criar realidades de doenças, tratamentos, práticas institucionais, sociais, culturais e políticas” (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 159). Por vezes, o próprio movimento de usuários pode ser estrategicamente “utilizado” nesse processo.

Tais grupos, constituídos aparentemente para defenderem direitos dos pacientes ou para alcançarem benefícios, tais como medicamentos gratuitos ou com descontos, funcionam, na verdade, como ímãs para atrair outras pessoas. Muitos “recebem remuneração de algumas centenas a alguns milhares de dólares pela participação num ensaio” (ANGELL, 2007,

⁴⁷ “Vale mencionar ainda que o processo de regulamentação legal de direitos dos sujeitos do sofrimento psíquico foi fortalecido por ações estaduais importantes.” (Devera e Costa-Rosa, 2007, p. 75) Foram aprovadas oito Leis Estaduais a partir de 1992, e em todas existe a previsão de substituição do modelo hospitalocêntrico. Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993 (Ceará); Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995 (Distrito Federal); Lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992 (Espírito Santos); Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995 (Minas Gerais); Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995 (Paraná); Lei nº 11.064, de 16 de maio de 199 (Pernambuco); Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995 (Rio Grande do Norte) e a Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992 (Rio Grande do Sul). (BRASIL, 2004a).

⁴⁸ “De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, através da Portaria nº 799, de 19/7/2000.” (BRASIL, 2004a, p.266).

p. 46). Visto de outro ângulo, como nos propôs Hacking (2000), podemos pensar na constituição de movimentos sociais de pacientes, que contribuem para legitimar a doença, o tratamento, a ação benéfica da indústria. Tais pacientes tornam-se verdadeiros atores sociais, ativistas da doença. (AMARANTE; TORRE, 2010, p.158).

A concepção da medicalização da vida se solidifica pela existência de alguns pressupostos, entre eles a falta de objetividade científica nos critérios diagnósticos, a presença da vertente mercadológica pelos interesses da indústria farmacêutica, a intensificação dos diagnósticos em um claro processo de patologização da vida.

Por outro prisma, registro também a concepção de cidadania farmacêutica⁴⁹ apresentada por Stefan Ecks (2005), indiano, apontando que a falta de acesso aos medicamentos pode gerar a marginalização das pessoas. Para esse autor, a cidadania não pode ser considerada apenas pela relação entre o indivíduo e o Estado-Nação no limite do pressuposto político-legal, acrescentando que existem discussões recentes sobre a “cidadania biológica”⁵⁰, em que ele identifica o princípio da “cidadania farmacêutica”. A cidadania farmacêutica proclama tanto o acesso para todas as pessoas às medicações, como também as implicações que o uso de produtos farmacêuticos tem. Sem pretensão de minorizar ou aprofundar nos aspectos da cultura indu, solo no qual pisa Stefan Ecks (2005), a cidadania biológica pode levar à “emergência de um suposto self neuroquímico, que se expressa numa crescente medicalização da sociedade.” (ROTONDARO, 2013, p. 163).

Sem o propósito de negar os benefícios medicamentosos para alguns casos, trago o questionamento do caráter do tratamento medicamentoso quando ele é exclusivo e caracterizado como o principal. A gritante patologização da vida que existe na contemporaneidade, com a emergência de critérios diagnósticos

⁴⁹ Essa é uma tradução livre, e registro aqui o texto original do autor: “Recent discussions of the relation between medicine and society have focused on the term ‘biological citizenship’ (e.g., Petryna 2002; Rose & Novas 2004). Citizenship, it is argued, should not only be considered as the link between an individual person and a nation state. Instead, it is a complex process of overlapping ‘citizenship projects’ that is not limited to the politico-legal sphere. ‘Biological’ citizenship is one of these projects, centred on biomedicine and new forms of biotechnology. In reference to this, I want to define one form of biological citizenship as ‘pharmaceutical citizenship’.” (ECKS, 2005, p. 241).

⁵⁰ “Os autores argumentam que um novo tipo de cidadania está emergindo na era da Biomedicina, da Biotecnologia e da Genômica: uma “cidadania biológica”. Tal diagnóstico é alcançado por meio da estratégia de localização da cidadania dentro de uma história política de “projetos de cidadania”, desvinculando-a de um discurso político-filosófico. Essa compreensão histórica dos “projetos de cidadania” está alinhada, segundo os autores, com a visão produzida por Marshall (1992), em seu clássico ensaio de 1950, *Citizenship and Social Class*, a partir do qual se tornou convencional pensar a evolução da cidadania iniciando com os direitos civis durante o século XVIII, expandindo-se para a cidadania política, no século XIX, e para a cidadania social no século XX.” (ROTONDARO, 2013, p. 167).

questionáveis, regidos por interesses de mercado e pautados em um modelo bioquímico, reduz o ser humano a genes e elementos eletroquímicos.

Assim, retomando a publicação da Portaria/GM nº 1.077, é possível considerar, por um aspecto, o acesso à medicação como um avanço com relação à garantia de direitos; e, por outro, também pode ser questionada como limitada por não contemplar outras possibilidades de tratamento⁵¹.

Em fevereiro de 2000 foi promulgada a Portaria/GM nº 106, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, importante dispositivo no percurso da desinstitucionalização – reivindicação presente já na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992, p. 7) que propunha a “intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas.” A proposta de Projeto Terapêutico presente do Artigo 4º da Portaria/GM nº 106 contemplou uma proposição interessante de cidadania para as pessoas que estavam internadas por longo período em instituições asilares e não possuíam suporte social e laços familiares:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (BRASIL, 2004a, p. 101).

Essa Portaria apresentou a singularidade de, oficialmente, reconhecer a existência de milhares de pessoas com transtorno mental na condição de moradores de hospitais psiquiátricos no país e que, na maioria dos casos, estavam vivendo em total desrespeito à dignidade e aos direitos humanos.

Considerado um grande passo em termos de revisão na oferta de serviços, a Portaria/GM nº 336, 2002, foi de extrema relevância no processo de inversão do

⁵¹ Recentemente, através da Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017, foi incluída na tabela SUS a possibilidade de pagamento para terapias alternativas. Os serviços são oferecidos por iniciativa local e recebem financiamento do Ministério da Saúde por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) de cada município. O Sistema Único de Saúde (SUS) agora oferece terapias alternativas, como meditação, arteterapia, reiki, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático e tratamento quiroprático.

modelo asilar, pois acrescentou novos parâmetros aos previstos na anterior, Portaria nº 224/92, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados de CAPS, nas modalidades I, II e III, a partir de critérios populacionais, e criando mecanismos de financiamento para os CAPS, independente do teto financeiro municipal.

E, por fim, uma Portaria que vale a pena ser destacada é a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No artigo 2º, apresenta doze diretrizes para o adequado funcionamento da RAPS, que, pela interlocução com o tema da cidadania, valem o registro:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente;
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011d).

Tais diretrizes, ao que parece, se configuram, na atualidade, como uma carta de princípios que estabelece as bases de trabalho dos dispositivos da RAPS. Uma carta de princípios que aponta para o respeito aos direitos humanos e às singularidades das pessoas com transtorno mental, prevendo serviços com base territorial e com ações intersetorializadas, que favoreçam a inclusão e a autonomia. Ou seja, diretrizes que bebem na fonte dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A história da inserção do campo mental na saúde pública, no Brasil, é farta em legislação. A título de ilustração, e considerando apenas o período de 1990 a 2004, foram promulgados quarente e sete, dentre Leis, Decretos, Portarias e Resoluções (BRASIL, 2004a). O propósito aqui não foi esgotar o tema, mas apenas trazer para discussão a forte presença da premissa cidadania também na legislação brasileira.

4.2 CIDADANIA PRESENTE NOS DOCUMENTOS PRODUZIDOS PELOS MOVIMENTOS DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

“Nada sobre nós sem nós!” é a palavra de ordem contemporânea dos movimentos formados pelos deficientes e também dos movimentos de usuários e familiares de saúde mental. Sendo assim, um estudo que se propõe pesquisar sobre cidadania das pessoas com transtorno mental deve ser, no mínimo, coerente, registrando os manifestos oficiais que partiram de tais movimentos. Para além desse mínimo, as manifestações oficiais dos movimentos de usuários e familiares carregam em seu bojo o formato de cidadania que estão reivindicando.

No Congresso de Bauru, em 1987, nasceu o princípio: “Por uma sociedade sem manicômios”. O objetivo do evento – registrado em um folder aparentemente datilografado, digitalizado pelo projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS), da Fundação Oswaldo Cruz – é: “a possibilidade de uma produção crítica a respeito das teorias, das ideologias e das práticas desse período. Significa a vontade política e um compromisso de tomar como rumo de nosso Movimento: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS” (LAPS, Congresso de Bauru, Folder, 1987).

Esse evento gerou o documento Manifesto de Bauru, que apontou para um desafio radicalmente novo para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, quer seja, a extinção dos manicômios. Nesse congresso foi criado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e que apresenta militância até a atualidade:

[...] nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. (MANIFESTO DE BAURU, II CNTSM, 1987).

O Manifesto de Bauru é um marco no movimento, pois

[...] constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento. A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque, significa: "**Movimento** – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios." (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 403)

Assim, já nos primórdios o movimento brasileiro se travestiu de princípios coerentes com os da Psiquiatria Democrática Italiana, qual seja: o da extinção dos manicômios em uma perspectiva de luta e enfrentamento dos diferentes interesses presentes na sua manutenção, considerando assim a saúde mental como algo também do campo político, para além da assistência.

Em 1993 foi elaborada a "Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial" no III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Este documento foi bastante enfático em relação ao formato desejado para a inserção das pessoas com transtorno mental na sociedade e, em sua apresentação, já problematizou o termo usuário:

Utilizamos a expressão "usuário", assim como se utiliza a expressão "técnicos", para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstâncias dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos. (CARTA..., 1993).

Esses usuários companheiros, participantes e amigos manifestaram o desejo de serem "autores da própria história". Reivindicaram, no documento, o direito à liberdade, à dignidade de serem tratados e ouvidos como seres humanos, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela Constituição. Também fizeram reivindicações de acesso ao mercado de trabalho, em relação aos direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral.

Em relação ao tratamento, a Carta de 1993 apontou para terapias que deveriam ser proibidas por apresentarem características de tortura e violência, para além de serem afirmadas como terapêuticas, como psicocirurgia, insulinoaterapia, esterilização involuntária, ECT – eletrochoque terapia, superdosagem de medicamentos de tipo DEPOT e “Sossega Leão”, camisa de força, amarrar e por fim, cela forte.

Os usuários e familiares registraram seus direitos em sete premissas: (1) acesso às informações contidas no prontuário; (2) aos meios de Comunicação, tais como TV, jornais, rádios e telefone; (3) sigilo e inviolabilidade de correspondência; (4) privacidade e individualidade; (5) participação nas decisões nos serviços, nos Conselhos Populares, Conferências e Encontros de Saúde; (6) representação legal e gratuita em caso de incapacidade civil; (7) acesso às informações dos direitos e deveres dos usuários e familiares. E acrescentaram seus deveres: “o usuário, na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares. O usuário deve ser responsável por seus atos e ações.” (CARTA..., 1993). Essa premissa da responsabilidade por seus atos e ações entra no campo da imputabilidade e inimputabilidade⁵² das pessoas com transtorno mental. Sem pretensão de aprofundar essa temática, para Correia, Lima e Alves (2007)

[...] a manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos loucos infratores tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos individuais previstos pela *Constituição* de 1988. Considera-se que os dispositivos do *Código Penal* que criaram a inimputabilidade e a medida de segurança estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças que passem a considerar todas as pessoas como efetivamente iguais perante a lei, sem a inimputabilidade ou irresponsabilidade e a medida de segurança. (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 2000).

⁵² A imputabilidade é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26 do Código Penal brasileiro.

10. O conceito de periculosidade tem sido objeto de muitos debates nas áreas médica e jurídica, constituindo-se relevante desde o século XIX. Segundo Foucault 11 (p. 85): “a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam.” (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 1997).

As categorias de culpabilidade, imputabilidade e periculosidade cruzam o campo psiquiátrico e jurídico e remontam de construções históricas que associam as pessoas com transtorno mental com a marca do alienismo, da desrazão, da animalidade.

Outro documento de reivindicação de direitos está no Relatório final do IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares e VIII Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, que aconteceram em São Bernardo do Campo no ano de 2009, cujo tema foi Reforma Psiquiátrica: a revolução na comunidade! É hora de afirmar. O evento contou com 336 participantes (38% de usuários, 28% de trabalhadores, 12% de estudantes, 10% de familiares e 12% de convidados, além de integrantes de rede intersetorial) e abordou os seguintes temas: Cooperativismo social/Geração de renda; Como cuidar do cuidador familiar; Estatuto do (a) Usuário(a); Defesa de direitos dos(as) usuários(as); Defesa de direitos dos(as) usuários(as) de drogas e Controle Social. Apenas pela pauta de discussão, já é possível apreender que o movimento apresentou uma conotação de luta política, confirmada por algumas proposições⁵³ aprovados pelos diversos grupos debatedores, como a de considerar a categoria trabalho como estratégica no fortalecimento do usuário, e, nesse sentido, a sugestão de implementar o cooperativismo social e também uma legislação de cotas para que as empresas contratem usuários dos serviços de saúde mental.

O grupo de discussão, intitulado Defesa dos direitos dos(as) usuários(as), apresentou no relatório um diversificado leque de propostas que sugerem uma concepção de cidadania para além da mera vinculação a um Estado-Nação. A reprodução de três propostas iniciais dessa parte do relatório demonstra a amplitude do conceito de cidadania presente no movimento.

Grupo 4 - Defesa de direitos. "Cidadania é preciso"

Propostas

Caso haja necessidade de interdição, esta deve ser parcial e não total, devendo haver a fiscalização do curador pelo estado, como garantia de cuidado.

Os serviços de saúde mental, comprometidos com a Reforma Psiquiátrica, devem criar recursos de amparo jurídico em defesa da cidadania e autonomia do usuário, construindo novas relações sociais no seu território, fortalecendo parcerias com instituições tais como OAB, Associação de moradores, Associações de usuários, entre outros.

⁵³ Também é importante pontuar que, na ocasião, os presentes (re)aprovaram as propostas dos Encontros realizados nos anos de 2005 e 2007, visto que eram propostas que ainda não tinham sido concretizadas.

Os serviços da rede de atenção em saúde mental no território devem estar atentos às questões do abuso da autoridade jurídica em situações de mulheres com transtorno mental que perdem a guarda de seus filhos devido a esta condição, promovendo discussão com a Promotoria da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares etc., criando-se uma rede de cuidadores com políticas de proteção à família. (MLAM, 2009, p.9).

Uma das propostas fala de interdição⁵⁴ e curatela⁵⁵, que são categorias polêmicas, visto que, em nome da proteção para as pessoas com transtorno mental, existe implicado um processo de diminuição de sua contratualidade e autonomia, havendo relatos de violação de direitos, como abuso econômico e patrimonial, por exemplo. Ainda como proposta do IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares e VIII Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, foi solicitada a substituição da interdição total pela interdição parcial. A interdição parcial, apresentada pelo Código Civil de 2002, aponta para a possibilidade de que os sujeitos não percam em totalidade sua autonomia. A interdição parcial é uma saída intermediária entre a total incapacidade e a plena autonomia, em que “a própria pessoa pode, com a ajuda do seu curador, praticar vários atos, como, por exemplo, assinar documentos, administrar sua conta bancária, trabalhar com carteira assinada etc.” (VASCONCELOS, 2014, p. 158).

Outro documento originário de diferentes atores, incluindo os usuários, foi a Carta Aberta produzida no XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial e o X Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (junho de 2014), em que foi reafirmada a luta política por uma sociedade sem manicômios, bem como pela defesa radical do SUS, entre outros posicionamentos enfáticos e que abarcam premissas que se estendem para o campo do viver, para além do campo dos serviços (CRPRS, 2014). O documento originado neste encontro, a Carta aberta do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

⁵⁴ Interdição é a “[...] proibição e o impedimento impostos legalmente a alguém que se torna, por este ato, em nome do interesse da coletividade, privado da administração de seus bens e da regência de sua pessoa, assim como do exercício ou do gozo de certos direitos. Portanto, as ideias de proibição, impedimento e privação legal do exercício de direitos lhe são inerentes. A interdição é, pois, conforme enuncia o verbete, um ato de responsabilidade pública, que é exercido a partir de uma decisão judicial, em defesa dos interesses da sociedade.” (MEDEIROS, 2006, p. 2).

⁵⁵ “A principal finalidade da curatela é cuidar dos interesses da pessoa que, por sua condição pessoal, não tem possibilidades de, sozinha, tomar conta de si e de seus negócios. Seu pressuposto fático é, portanto, a incapacidade. Trata-se de um encargo, cujo titular, o curador, assume o compromisso perante um membro do poder judiciário, arcando, por consequência, com uma responsabilidade pública (munus publicum) da qual deve prestar contas.” (MEDEIROS, 2006, p. 2).

(2014), confirma a substituição do modelo asilar, afirmando que “Lugar de loucura é na cidade!”, e positiva a necessidade de articulação do Movimento da Luta Antimanicomial com o conjunto das lutas populares. Desta feita, fica posta a interessante e interessada participação do movimento da sociedade civil organizada na construção de outro projeto de assistência, sucessivamente reafirmado em diferentes documentos.

A seguir serão apresentadas as Conferências Municipais de Saúde Mental e que tiveram ampla participação de trabalhadores, usuários, familiares e simpatizantes da causa mental, podendo ser consideradas, também, retratos históricos do Movimento da Reforma brasileira.

4.3 CIDADANIA PRESENTE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

A história das Conferências de Saúde no Brasil não é recente e pode ser legalmente datada pela Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que em seu Art. 90 instituiu a “Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País [...]”. Assim, originalmente o propósito era gerar informações para o governo federal sobre como os estados se organizavam em relação à saúde e educação. Nesse sentido, na sua origem, a composição das conferências estava circunscrita ao grupo dos gestores.

A primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941, e, desde então, existem registros de quinze conferências⁵⁶, sendo que a última aconteceu em 2015⁵⁷, com o tema “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do Povo Brasileiro”.

⁵⁶ 1ª CNS (1941); 2ª CNS (1950); 3ª CNS (1963); 4ª CNS (1967); 5ª CNS (1975); 6ª CNS (1977); 7ª CNS (1980); 8ª CNS (1986); 9ª CNS (1992); 10ª CNS (1996); 11ª CNS (2000); 12ª CNS (2003); 13ª CNS (2007); 14ª CNS (2011). (BRASIL, 2011e).

⁵⁷ Gastão Wagner de Sousa Campos, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em seu manifesto lamentou que as “resoluções das várias conferências não têm orientado o planejamento e a gestão do SUS” (CAMPOS, 2016), mas analisando a experiência vivida pelos mais de 4.609 participantes da XV CNSM registrou a importância do exercício da democracia e do controle social, e fez uma advertência: “apesar da debilidade política e dos desacertos dessa nossa experiência de gestão democrática, não autorizo os conservadores e oportunistas a se aproveitarem destas falhas para sugerir o fim do controle social e da participação popular. Advogo o contrário: procuro reconhecer os problemas e criticá-los com o intuito de superá-los em favor do fortalecimento da democracia direta.” (CAMPOS, 2016).

A mais emblemática das Conferências na história brasileira foi a 8ª, de 1986, por trazer ao debate as premissas da Reforma Sanitária. Santos (1999), em análise sobre a década de 1980, refere que foi a “década dos movimentos sociais e da democracia”. Para esse autor, pela perspectiva das “desigualdades sociais, com a ordem/desordem autoritária e a opressão social que parecem ir de par com o desenvolvimento capitalista [...], a década de oitenta é sem dúvida uma década para esquecer”. Mas, pela ótica dos movimentos da sociedade civil, essa década foi um período de intensa efervescência social em que “se reabilitou de maneira surpreendente e mesmo brilhante.” (SANTOS, 1999, p. 17).

E a década de 1980 no Brasil foi cenário de grandes movimentos sociais⁵⁸, entre eles o da Reforma Sanitária, que definiu os princípios do Sistema Único de Saúde nos moldes em que existe atualmente: como um direito de todos e dever do Estado. Segundo Paim (2007), a Reforma Sanitária se configurou como um processo de transformação da vida social, e não apenas como um movimento de mudança nos processos de gestão e organização dos serviços de saúde.

Para Sérgio Arouca (1988), a Reforma Sanitária Brasileira apresentou quatro dimensões⁵⁹ que impunham um entendimento do processo saúde/doença contextualizado socialmente, trazendo para a pauta da saúde o panorama do arranjo econômico do país. Essas diferentes dimensões que compõem a Reforma Sanitária apresentada por Arouca (1988) demonstram a extensão do projeto que estava se configurando no país naquele período, que se estendia muito além de reorganização de serviços,

E na década de 1980 foram implementadas novidades na configuração das conferências, registrando-se, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a

⁵⁸ Gohn (2011, p. 335) define os movimentos sociais “como ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas.”

⁵⁹ “1ª) Dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa através dos indicadores disponíveis, como o coeficiente de mortalidade infantil, expectativa de vida etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações etc.; 2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Esse campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor de Saúde; 3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária; 4ª) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença.” (AROUCA, 1988, p. 2).

primeira participação da sociedade civil organizada e dos trabalhadores da área de saúde⁶⁰. Já no início da década de 1990 ficou articulado juridicamente – através da Lei nº. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – que as três esferas de governo, municipal, estadual e nacional, deveriam se organizar na implementação de Conselhos de Saúde e na realização das Conferências. Desde então, as Conferências nacionais são precedidas por Pré-Conferências estaduais e municipais, etapas em que são eleitos os delegados⁶¹ com direito a voz e voto.

A partir da Lei n.º 8.142 (1990), as Conferências passaram a acontecer a cada quatro anos e foram oficiadas como instrumento de participação popular e, por conseguinte, de controle social, tendo como objetivos principais “avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão.” (BRASIL, 2011e). Essa é uma dimensão importante das Conferências, pois resulta que seu relatório passou a ser considerado um instrumento para subsidiar as políticas públicas nas três esferas governamentais.

Como o campo da saúde é bastante amplo, existem também as conferências temáticas com o objetivo de estimular reflexões aprofundadas em áreas específicas. “Já foram realizadas conferências nas áreas de: Saúde da Mulher; Saúde Bucal; Saúde Mental; Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador; Medicamentos e Assistência Farmacêutica; e Saúde Indígena.” (CONASS, 2009, p. 33).

No campo da saúde mental, até o momento aconteceram quatro Conferências Nacionais: 1987, 1992, 2001 e 2010. Abaixo apresento um quadro com algumas informações panorâmicas sobre elas.

⁶⁰ “As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.” (BRASIL, 1986, p. 1).

⁶¹ As Conferências apresentam um importante perfil de participação popular, e devem ser compostas paritariamente por: 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviços privados e 12,5% de gestores. O objetivo das Conferências é debater a realidade da saúde no país e propor diretrizes, registradas nos relatórios através das proposições.

Quadro 1 – Visão panorâmica das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Conferência	Data	Eixos temáticos	Número de participantes	Número de proposições aprovadas*
I Conferência Nacional de Saúde Mental	25 a 28 de junho de 1987	I - Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental	176 delegados	70 proposições
II Conferência Nacional de Saúde Mental	1 a 4 de dezembro de 1992	I – Marcos Conceituais (subdividido em Da Atenção Integral e Da Cidadania) II – Atenção em Saúde Mental e Municipalização III – Direitos e Legislação	Precedido de 150 conferências municipais e 24 regionais e 24 conferências estaduais. 500 delegados, 320 observadores credenciados, 150 ouvintes, 100 convidados (dentre eles 15 estrangeiros)	225 proposições
III Conferência Nacional de Saúde Mental Cuidar Sim, Excluir Não.	11 a 15 de dezembro de 2001	I – Reorientação do modelo assistencial II – Recursos humanos III – Financiamento IV – Acessibilidade V – Direitos e Cidadania VI – Controle Social	163 Conferências Municipais e 173 Micro regionais e regionais (envolvendo 30.000 pessoas); 27 Conferências Estaduais (20.000 pessoas) e 1700 participantes na Conferência.	591 proposições
IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial	27 de junho a 1 de julho de 2010	I – Políticas Sociais e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersetoriais II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético intersetorial	359 Conferências municipais e 205 regionais com a participação de 1200 municípios em uma estimativa de participação de 46000 pessoas nas 3 etapas.	1021 proposições

Fonte: Relatório das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Elaborado por Lucimar Coneglian – 2014

Nota:

* O número de proposições foi calculado através da contagem em cada uma das Conferências, desconsiderando subitens. Neste sentido, pode resultar em divergências, por isso considero como cálculo aproximado.

O Quadro 1 retrata um importante crescimento no número de participantes e também na abrangência territorial das Conferências Nacionais de Saúde Mental: dos 176 delegados na primeira para 46.000 pessoas na última, aí incluindo os participantes das pré-conferências. A crescente participação da sociedade civil sugere a complexidade do tema e o aumento no interesse e organização de usuários, familiares e profissionais em integrarem os debates e participarem na definição das diretrizes da saúde mental no país.

Nas quatro Conferências existiram eixos temáticos específicos com o tema da cidadania e dos Direitos Humanos, e que foram destacados em negrito no quadro acima. Essa presença contínua demonstra a relevância histórica dessas categorias na construção de um novo modelo de assistência. Isso também demonstra a identidade embrionária entre as proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira com a consolidação do novo modelo, presente nos debates das Conferências.

Também existiu um crescente no número de proposições apresentadas em cada uma das quatro Conferências, o que revela o aumento expressivo da complexidade do tema e, ao mesmo tempo, pode ser um sinal de falta de centralidade e pulverização das discussões. Assim, o que é conquista de um lado pode se constituir em perda de outro. A título de ilustração comparativa, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que é considerada o grande marco estrutural do sistema nacional de saúde, traz em seu relatório final 49 proposições.

A proposta aqui é a análise das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental em sua conectividade com o constructo da cidadania e, para isso, recorro ao estudo documental como estratégia para análise dos relatórios. O documento é um instrumento precioso de pesquisa, visto que carrega, por essência, o registro de determinado objeto, inclusive contendo certo caráter testemunhal e do pensamento da época em que foi escrito.

Documentum é um termo latino derivado de docere, que significa ensinar. Esta noção assume, posteriormente, a conotação de “prova”, largamente empregada no “vocabulário legislativo. É no século XVII que se difunde, na linguagem jurídica francesa, a expressão “titres et documents” enquanto o “sentido moderno de testemunho histórico data apenas do início do século XIX” (LE GOFF, 1996, p. 536). Na concepção positivista de História o documento é algo objetivo, neutro, prova que serve para comprovar fatos e acontecimentos numa perspectiva linear (IDEM). A ideia do documento como monumento, erigida sob os auspícios da Nova História, contrapõe-se a esta aceção, postulando que toda fonte histórica “exprime o poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro” (IBIDEM, p. 10). Como produto de uma sociedade, o documento manifesta o jogo de força dos que detêm o poder. Não são, portanto, produções isentas, ingênuas; traduzem

leituras e modos de interpretação do vivido por um determinado grupo de pessoas em um dado tempo e espaço. (SILVA et al., 2009, p. 4555-4556).

A pretensão é que, a partir da análise dos relatórios das Conferências, sejam identificados a ênfase e o formato dado pelos presentes nas quatro Conferências de Saúde Mental em relação ao tema da cidadania e dos Direitos Humanos,

[...] trata-se de um processo de 'garimpagem'; se as categorias de análise dependem dos documentos, eles precisam ser encontrados, 'extraídos' das prateleiras, receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça. (PIMENTEL, 2001, p. 180).

A análise será apresentada em dois momentos separados apenas para efeitos didáticos: primeiro, um panorama geral das Conferências e, no segundo momento, com foco nas referências de cidadania identificados nas quatro Conferências.

4.3.1 Contextualizando as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental

A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental está historicamente situada na década de 1980, momento em que o Brasil vivia ainda o período militar, mas já apontando para uma abertura política, desde o final dos anos de 1970 com o Presidente Geisel. O movimento que ficou conhecido como “Diretas Já” envolveu diferentes setores da sociedade com a reivindicação de um governo civil e de eleições diretas para presidente, um movimento em prol da redemocratização do país. Em 1985 foi eleito, ainda que de forma indireta, o primeiro presidente civil do Brasil após o Golpe de 1964, que tinha mergulhado o país em mais de vinte anos de governo militar: Tancredo Neves.

Essa década também foi palco de questionamentos e efervescência em diferentes campos: no Brasil, Glauber Rocha lançou o filme ‘Idade da Terra’; em 1981 uma bomba explodiu durante show de protesto no Riocentro, no Rio de Janeiro, em uma manobra que anos depois ficou conhecida como de iniciativa de alguns militares; nesse mesmo ano o líder sindical Luiz Inácio Lula da Silva foi condenado, com outros sindicalistas, a três anos de prisão por “incitamento a desordem coletiva” (AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS, 2015); em 1989 o mundo presenciou a queda do Muro de Berlim, implicando o fim da Guerra Fria e a dicotomia do mundo dividido em dois blocos.

E esse foi o cenário político e de embate social da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Um momento de revisão dos paradigmas e crescimento dos movimentos sociais que plantou os princípios do Sistema Único de Saúde nos moldes que funciona na atualidade, com pressupostos como os da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. Também de destaque fundamental no campo de garantia de direitos, em 1988, foi a promulgação da Constituição brasileira, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã.

A década de 1980 também foi rica em eventos relacionados com a saúde mental: foram os “tempos de fazejamentos”, como adjetivado por Ana Pitta (2011). Palco de intensos debates, como o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria em Belo Horizonte (MG) (1983); I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo (1985); I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste em Vitória (ES) (1985) e o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (1986). (PITTA, 2011; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1995). O debate era quente e girava em torno da luta antimanicomial, questionando o modelo vigente, pautado pela compra de serviços privados e do desrespeito aos direitos das pessoas com transtorno mental. Também neste período visitaram o Brasil vários europeus com destaque internacional na área de saúde mental, como Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, que atuavam, segundo Pitta (2011, p. 4582)

[...] instigando jovens inquietos (alguns presentes nesse debate) para movimentos sociais como a defesa dos direitos dos enfermos mentais, condições e processo de trabalho em instituições manicomiais, na contribuição teórico-crítica em diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis.

Tenório (2002, p. 34) identificou três processos presentes na década de 1980 e que consolidaram o perfil do movimento da reforma: “[...] a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.”

O movimento da Reforma apresentou, nesse momento, além da intensidade de denúncias, também a sistematização de ações e a implantação de serviços, como é o caso do CAPS Luís Cerqueira, na cidade de São Paulo em 1987, considerado o marco inaugural de um serviço aberto de atenção às pessoas com transtorno mental.

Também foi nesse período que ocorreu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular de Santos, São Paulo, com a ineditude de o poder público assumir a direção administrativa de uma entidade privada, não se limitando ao descredenciamento da instituição, ação que acarretaria a “[...] desassistência, mas não a garantia dos direitos dos pacientes, que incluía o direito aos cuidados de saúde, sem tratamento desumano ou degradante” (KINOSHITA, 2009, p. 1). Esse também foi “o momento em que o movimento dos trabalhadores decide, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas” (AMARANTE, 1995, p. 58).

Outra questão a ser destacada nessa década foi a apresentação do projeto de Lei n 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), aprovado somente anos depois, em 2001, embora a iniciativa tenha gerado efeitos interessantes:

Para o período de que estamos tratando no momento, a década de 1980, o que importa destacar é o fato de que a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve o efeito de produzir uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país, que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma (Bezerra Jr., op. cit., p. 183). Além disso, a discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeada pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada. (TENÓRIO, 2002, p. 36).

De posse desse panorama que se apresentava na década de 1980, vamos às discussões da I Conferência Nacional de Saúde Mental propriamente dita. A I CNCM foi para Pitta (2011) o

[...] primeiro exercício democratizante na definição da política de saúde mental para o país, a I Conferência representa, portanto, o início do desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de se lidar com a loucura e a prescrição da desinstitucionalização como estratégia de reversão da exclusão dos loucos da cena pública. (PITTA, 2011, p. 4584).

Na apresentação do relatório foi registrado que o evento permitiu o encontro das diferentes categorias de “profissionais ligadas à área específica, bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de

usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade.” (I CNSM, 1987, p. 9).

A sistematização do texto desta I Conferência foi feita através da divisão em três temas: Tema I: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Tema II: Reforma sanitária e reorganização da assistência a saúde mental; Tema III: Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

O relatório da I CNSM foi um documento político que questionou o modelo econômico vigente “altamente concentrador” e que “determinou para o nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria.” (I CNSM, 1987, p. 11).

Seu texto confirmou os pressupostos da Reforma Sanitária e contemplou a preocupação em dar um enquadre epistêmico para a então denominada “doença mental”.

O Tema I abordou o conceito de saúde para além do proposto pelo modelo biomédico, enfatizando que saúde deve ser concebida na luta pela igualdade de direitos e “no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde.” (I CNSM, 1987, p. 13).

O Tema II reafirmou os preceitos da Reforma Sanitária e apresentou vários tópicos sugerindo a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, com reforço na importância da participação popular, e propostas em consonância com a inversão do modelo “hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrico”. As proposições contidas nesse tema já sugeriam que havia clareza do movimento com relação aos princípios que devem nortear os serviços de saúde mental: reversão do modelo hospitalocêntrico, evitando “práticas segregacionistas” (I CNSM, 1987, p. 18), reversão do “modelo assistencial organicista e medicalizante.” (I CNSM, 1987, p. 19), entre outros.

Ao que parece, através da leitura do relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, as discussões giraram em torno de duas grandes questões: (1) a preocupação com a mudança de paradigma em relação à doença mental, estendendo o entendimento do processo de saúde para o campo político, com seus determinantes e modos de viver e, (2) em outro aspecto, a preocupação em

assegurar, através de recomendações específicas, mudanças na legislação para garantia de direitos. Assim, ao que parece, naquele período em especial, a preocupação centrava na mudança no paradigma biomédico da doença, consonante os pressupostos da Reforma Sanitária, e no desejo de assegurar garantias legais de direitos para as pessoas com transtorno mental.

O relatório da I CNSM é um documento político bastante assertivo com relação à revisão de conceitos e práticas na saúde mental, sendo, para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p. 14) “talvez o primeiro que colocou a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classe”.

A II CNSM aconteceu no início de 1990, década que foi palco de muitos acontecimentos considerados revolucionários e que impulsionaram o processo de globalização: a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) deixou de existir (1991); a circulação do euro em onze países da União Europeia (1999); a popularização dos computadores pessoais e da internet e a fundação da empresa Google (1998). No campo político, no Brasil, foi aprovado pelo Congresso o impeachment do Presidente Collor (1992), com intensa participação e pressão popular neste processo.

Essa foi uma década de revisão de paradigmas com os avanços na ciência exigindo reflexões nos campos jurídico e da bioética, com, por exemplo, a clonagem da ovelha Dolly (1995). Revisão também nas questões de gênero, em que o Código Internacional de Doenças⁶² (CID) versão 10 (1990) retirou a homossexualidade do rol de doenças. Década que presenciou várias celebridades assumindo sua condição de homossexualidade (Elton John, Elen DeGeneres) e com programas televisivos mostrando casais gays em um processo de naturalização dessa condição: como na série norte-americana *Will & Grace* e nas novelas brasileiras “A próxima vítima” (1995), “Por amor” (1996) e “Torre de Babel” (1998), essa última polemizando por apresentar um casal homossexual de mulheres. Ao que sugere, essa foi uma década em que a visibilidade dos “diferentes” tornou-se uma realidade um pouco mais cotidiana. Nessa lógica também vale o registro, pela marca da luta contra o racismo,

⁶² “A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi adotada internacionalmente em 1893 passando a ser utilizada como uma Classificação de Causas de Morte. A partir da Sexta Revisão, em 1948, a responsabilidade pela CID e sucessivas revisões passou para a OMS e esse instrumento estatístico desde então, vem se ampliando bastante, deixando de ser apenas uma classificação de causas de morte para se tornar, a seguir, também, uma classificação de doenças propriamente dita e de motivos de consulta.” (LAURENTI, 1994, p. 112).

a eleição de Nelson Mandela, que se tornou o primeiro presidente negro da África do Sul (1994).

Será possível considerar a década de 1990 como um período em que as diversidades presentes no mundo estão mais aparentes? Uma década em que as diversas formas de existência, como, por exemplo, no campo da sexualidade, reivindicam espaço social? Este é o cenário que acolhe as mudanças propostas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Essa também foi uma década intensa para a saúde pública: em setembro de 1990, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulou o Sistema Único de Saúde (SUS); e em dezembro desse mesmo ano a Lei nº 8.142 formalizou uma importante característica do SUS, o controle social, consolidando assim a participação dos usuários na gestão (SUS, 2015).

Especificamente na área de saúde mental, um marco que aconteceu ainda nos anos de 1990 foi a Conferência de Caracas (1990) que gerou um documento (ONU, 1990) cujo conteúdo foi emblemático e norteador das reformas na saúde mental das Américas.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi precedida pela IX Conferência Nacional de Saúde em apenas quatro meses, cujo tema era “Saúde: municipalização é o caminho”. A recente oficialização do SUS era o mote do momento.

As principais contribuições da 9ª Conferência para a Política Nacional de Saúde foram, com certeza: a descentralização – defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps – que ocorreu no ano seguinte. (CONASS, 2009, p. 19).

Batizada de “democrática” por Pitta (2011), a II Conferência Nacional de Saúde Mental registrou uma importante participação de usuários e familiares: 20% do total de delegados, e seu relatório final foram utilizados como plano diretivo de diversas gestões junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental (PITTA, 2011, p. 4586).

Essa Conferência aconteceu após a legislação de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil e a sistematização de diversos serviços exitosos, iniciados ainda na década de 1980, para o atendimento de pessoas com transtorno mental, como o caso da cidade de Santos (SP) que, além da intervenção em um hospital

psiquiátrico, inaugurou dispositivos abertos de atendimento para as pessoas com transtorno mental, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e o primeiro CAPS do Brasil, o Luis Cerqueira, que já tinha uma trajetória de cinco anos de atividades quando aconteceu a II Conferência.

A II CNSM foi realizada em um momento em que diversas experiências já estavam consolidadas e espalhando-se pelo país; já existia uma lei, aprovada na Câmara dos Deputados e tramitando no Senado, e leis estaduais aprovadas ou em tramitação; já existiam dispositivos institucionais (portarias ministeriais) que possibilitavam a implantação e novos serviços e aumentavam fiscalização dos hospitais; já existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país. Ou seja, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo teórico, no campo assistencial, no campo jurídico e no campo cultural. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 17).

Na Apresentação do relatório da II CNSM, a Comissão Executiva registrou a relevância de dois eventos que a precederam: o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que aconteceu em Bauru no ano de 1987 e que “propôs a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica”, e a Conferência de Caracas, que é uma “referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais.” (II CNSM, 1992, p. 4).

Merece destaque também no relatório a ampla participação da sociedade, inclusive na organização do evento, e “ao mesmo tempo, reflete também a confiança da sociedade civil na possibilidade de realização de um novo projeto social, podendo tornar-se instrumento para o avanço e consolidação da reforma em saúde mental no país.” (II CNSM, 1992, p. 5).

Existe uma proposição no relatório dessa Conferência para “substituir a terminologia “Legislação Psiquiátrica” por ‘Legislação em Saúde Mental’.” (II CNSM, 1992, p. 10), indicando uma mudança importante de paradigma, já que implicou estender o campo de ação para saúde mental, retirando a centralidade disciplinar de uma única área do conhecimento, nesse caso, a psiquiatria.

O relatório da II CNSM foi dividido em três partes: I - Marcos conceituais, incluindo aqui Cap 1 - Da atenção Integral e Cap. 2 - Da Cidadania; II - Atenção à Saúde Mental e Municipalização e III – Direitos e Legislação.

De forma geral, no relatório foi reapresentada a necessidade de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, com propostas de financiamento bastante incisivas, definindo índices, a exemplo da sugestão de que 3% do orçamento dos municípios brasileiros sejam destinados à saúde mental. Fez ainda recomendação de limitação na liberação das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) e da sua progressiva extinção no caso dos leitos em hospitais psiquiátricos.

A leitura do relatório da II CNSM sugere que foi um momento de intenso debate direcionado à sistematização dos serviços, à mudança na legislação vigente e ao financiamento da saúde mental. Trata-se de um relatório bastante incisivo que apresentou recomendações específicas nos doze capítulos, como o da intersectorialidade, da municipalização das ações e do controle social.

Apresentou também a necessidade de revisões no campo jurídico, como a recomendação de revisão da legislação referente à imputabilidade e inimputabilidade:

Os conceitos médicos contidos nas leis atuais, principalmente nos códigos civil e penal, tais como a inimputabilidade e imputabilidade, a nulidade dos atos civis praticados pelos loucos e, particularmente, o conceito de periculosidade, necessitam ser revistos e substituídos por conceitos mais adequados, uma vez que estes e outros elementos derivam do referencial teórico lombrosiano, na atualidade plenamente refutado. (II CNSM, 1992, p. 25).

Registrou que “os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos.” (II CNSM, 1992, p. 7).

A III CNSM (2001) aconteceu nove anos após a II Conferência e trouxe por subtítulo: “Cuidar sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” Adotar a premissa “Cuidar sim. Excluir não” demonstrava acolhida à proposta da Organização Mundial de Saúde para o ano de 2001. E complementando: ao subtítulo “Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, estava associado “sua organicidade com a construção de um Sistema Único de Saúde – público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social.” (III CNSM, 2001, p.14-15). Assim, no subtítulo já estava indicado o posicionamento ético e assistencial presente nesse evento.

O panorama no qual se inscreveu a III CNSM foi marcado por uma data com acontecimentos emblemáticos, o 11 de setembro de 2001, em que membros da organização fundamentalista islâmica Al-Qaeda atacaram de forma suicida as Torres Gêmeas do Complexo Empresarial World Trade Center, em Nova Iorque. Essa tragédia teve impacto global por expor a fragilidade de todos no mundo contemporâneo e, ao mesmo tempo, acirrou conflitos ideológicos e de poderio econômico.

No campo da saúde mental, a primeira década do Século XXI foi palco de inúmeras normativas legais que resultaram em avanços na implementação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. O marco foi a aprovação, poucos meses antes da III CNSM, da Lei Nº 10.216/2001 que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. Também várias portarias ministeriais implementando um novo modelo de assistência antecederam a III CNSM, como, por exemplo, a Portaria 469/GM de abril de 2001, que alterou o sistema de pagamento para os hospitais psiquiátricos e apresentou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), com o propósito de avaliar tecnicamente os serviços de internação psiquiátrica. As normativas legais desse período estavam coerentes com a proposta política de modelo assistencial previsto na I CNSM (1987) e também com as sugestões apresentadas na II CNSM (1992).

Entre o intervalo da II e III Conferência existiu a aprovação de diversas normativas, como a Resolução 093 (1993) que criou a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica para avaliar e definir estratégias nessa área; a Portaria 149 (1995), que estabeleceu normas de assistência mais humanizadas em relação à conduta dos hospitais psiquiátricos na internação de pacientes gravatários; a Portaria 1077 (1999), que implantou o Programa de Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental (GUIMARÃES, 2010).

Essa III Conferência contou com ampla participação de usuários, familiares e profissionais da área, com envolvimento estimado de 30.000 pessoas na primeira etapa (Conferências municipais, regionais e microrregionais), 20.000 na etapa estadual e 1.700 participantes na etapa nacional (III CNSM, 2001, p. 15-16).

Seu relatório foi organizado em seis partes: Reorientação do modelo assistencial em saúde mental; Recursos humanos; Financiamento; Acessibilidade; Direitos e cidadania e Controle social. O texto encerra com o relato de 65 moções

aprovadas no evento. É um relatório extenso e detalhado, mostrando a crescente complexidade que o tema foi alcançando no decorrer dos anos.

No texto introdutório do relatório consta que o objetivo da III CNSM foi “avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica, propondo novos caminhos para sua efetivação.” (III CNSM, 2001, p. 14), concluindo que ela representou “um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial.” (III CNSM, 2001, p. 19).

A primeira parte – Reorientação do modelo assistencial em saúde mental – reafirma os preceitos constitucionais e do SUS, além de confirmar a necessidade de implantação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica. E, nesse sentido, apresentou a proposta para que, até o ano de 2004, fossem extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil (III CNSM, 2001, p. 25). Contém 205 propostas separadas por treze áreas temáticas como, por exemplo: Desinstitucionalização, Intersetorialidade, Atenção ao usuário de álcool e outras drogas. A preocupação desse tópico foi constituir uma série de indicadores de organização de um novo modelo assistencial. Chama atenção a utilização de verbos como: exigir, garantir, assegurar, implementar, criar, fiscalizar e punir. Trata-se de um texto impositivo e não sugestivo, que demonstra uma intensa certeza do desejo dos diferentes atores presentes no evento.

A segunda parte – Recursos humanos – apontou para medidas de valorização, capacitação permanente dos profissionais da saúde mental e foi organizada em 62 propostas distribuídas em cinco subtemas. Na sequência, a terceira parte – Financiamento – apresentou como premissa norteadora o entendimento de que os recursos financeiros devem estar centrados nas pessoas e não nos serviços, ou seja, “os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios.” (III CNSM, 2001, p. 85). Uma das propostas registrou a necessidade de garantia de que os recursos financeiros sejam alocados na proporcionalidade de 80% para rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar, em uma clara proposição de inversão do financiamento dos recursos. Também apresentou propostas para captação de recursos financeiros, como a de que 20% dos *royalties* do petróleo e derivados, e ainda que 30% do IPI das indústrias

farmacêuticas e 3 a 5% da arrecadação líquida das loterias fossem destinados para a saúde mental (III CNSM, 2001, p. 93-94). Apenas na terceira parte foram registradas 107 propostas distribuídas em nove subitens.

Acessibilidade é a quarta parte do relatório, baseada na equidade de acesso aos serviços de saúde, destacando a importância do acesso aos bens e serviços da sociedade como: trabalho, creche, lazer, escola, segurança, informação. Uma das proposições previu para o usuário do serviço de saúde mental a garantia de acesso aos prontuários e ao seu projeto terapêutico, sugerindo, assim, interesse do usuário no acesso às informações que lhe dizem respeito. Foram, neste item, 42 propostas distribuídas em sete subitens.

Por fim, a última parte – Controle Social – considerou a participação popular como estratégia de garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica, inclusive como possibilidade de continuidade dessa política de forma independente do poder executivo. Para isso, propôs a criação de Comissões de Saúde Mental nas esferas estadual e municipal. Foram 67 propostas distribuídas em sete subitens.

Considerando o objetivo da III Conferência Nacional de Saúde Mental de avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, é possível dizer que ela foi grandiosa em vários aspectos: na mobilização da sociedade civil, na participação de usuários e familiares, no número de proposições, na profundidade das discussões. Segundo Pitta (2011, p. 4586),

Ali já aparece a complexidade do campo da Reforma Psiquiátrica claramente delineada: enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridades para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial aconteceu no último ano da década de 2010. Década de uma crise econômica de proporções mundiais (2008-2009), que levou vários países à recessão, enquanto a China vivia um *boom* econômico sem precedentes.

No Brasil, houve a eleição de um operário para Presidente da República (2002), reeleito em 2006, sugerindo no imaginário social maiores perspectivas inclusivas e de fortalecimento dos movimentos sociais, origem do Presidente Lula. O panorama de fundo da IV Conferência também estava repleto de denúncias de corrupção, como o caso que ficou conhecido como Mensalão. Um aspecto

importante desse período foi o acirramento no uso e abuso de medicamentos e de diagnósticos psiquiátricos, em que doenças como depressão e hiperatividade, ao lado de medicamentos como fluoxetina e ritalina, viraram *hits* populares.

Na década de 2000, a internet se consolidou como veículo de comunicação popular e de massa, inclusive com acesso através dos telefones móveis, permitindo que as pessoas ficassem conectadas em rede a qualquer tempo e em qualquer lugar. Década também do surgimento das redes sociais, que estreitaram a geografia do mundo. Para alguns, uma década transformadora e de revisão de valores, em que as redes sociais e os *reality shows* que transformam pessoas comuns em celebridades, sugerindo alguma tendência para o voyeurismo e para a publicização da vida pessoal.

Em relação à área específica da saúde mental, foi uma década profícua na implementação de serviços de saúde. Apenas para ilustrar, vale apresentar alguns dados numéricos do que aconteceu no intervalo da III CNSM para a IV CNSM: aumentou de 424 CAPS em funcionamento no ano 2002 para 1620 em 2010; de 85 Serviços de Residência Terapêutica (SRT) em 2002 para 570 em 2010; o número de beneficiados pelo Programa de Volta para Casa subiu de 206 (2003) para 3635 (2010); aumento de 152 (2005) para 640 (2010) nas iniciativas de projetos de geração de trabalho e renda; e, por fim, descredenciamento de 18.000 leitos em hospitais psiquiátricos, reduzindo de 51.392 (2002) para 32.735 (2010) leitos psiquiátricos no SUS (BRASIL, 2011c). Com relação aos gastos públicos em saúde mental, os índices mostram que em 2002 75,24% do dinheiro investido com saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos, reduzidos para 32,29% em 2009. Já com relação aos serviços extra-hospitalares, de 24,76% no uso total dos recursos em 2002 passou para 67,71% em 2009 (BRASIL, 2011c, p. 20).

Os números podem parecer bastante promissores, mas o relatório da Conferência retrata angústias e desafios na reavaliação dos rumos da Saúde Mental. O destaque no texto de apresentação dessa conferência dá ênfase à mudança de cenário político e institucional vivenciado no país naquele momento:

A conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexos nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da IV CNSM-I [...] Outros fatores delinearam-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM-I: a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com implemento do número de trabalhadores em saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com

amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento Antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política por parte dos médicos no país, com novas exigências corporativas, e particularmente na psiquiatria com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão dos serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta “única” o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral. (IV CNSM-I, 2010, p. 8).

Também é importante registrar que a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial foi uma conquista, resultado de uma grande mobilização popular: a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, que aconteceu em 30 de outubro de 2009, em um movimento pela defesa dos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Participantes dessa Marcha garantiram, na época, junto a representantes do Governo Federal, que esses últimos fariam a convocação para a Conferência. Assim, a IV CNSM aconteceu, após espera de nove anos, como consequência da mobilização social.

A IV CNSM-I, que teve por tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, apresentou o subtítulo “Intersectorial”, já indicando em qual direção deveriam ser pensados os avanços e desafios.

A IV CNSM-I se distinguiu das Conferências anteriores por estar situada em um momento histórico em que já existia uma trajetória de quase duas décadas de serviços substitutivos em funcionamento, reforçada também por grande efervescência de debates sobre a resolutividade dos dispositivos de atenção em saúde mental. O consumo do crack⁶³ trouxe para a mesa das discussões a

⁶³ “Nos anos 1990, envoltos pelas complexas e contraditórias tarefas que a redemocratização no País demandava, governantes, gestores públicos e mesmo estudiosos chegaram a considerar - por diferentes motivos - que o consumo de *crack* fosse um fenômeno “restrito” a São Paulo. Duas décadas depois, as principais capitais e regiões metropolitanas do Brasil incorporaram o *crack* a seu rol de problemas públicos. Para piorar, o consumo da droga, embora ocorra em diferentes *cenas de uso*, assumiu inaudita visibilidade a partir de uma determinada cena: as *cracolândias*, em que vias públicas são ocupadas por grande quantidade de pessoas que, transtornadas pelos efeitos do *crack*, agrupam-se em torno de sua venda e consumo.” (MOREIRA et al., 2015, p. 1048).

efetividade e resolutividade de serviços como os CAPS, em especial os de porte I e II, que são maioria no país, atuando de forma restrita em horário comercial, de segunda a sexta-feira. A visibilidade social do crack, através dos espaços chamados de “cracolândias” geraram e ainda geram pressão popular que remetem a questionamentos sobre a adequação de serviços abertos. “Essa visibilidade mobiliza a indignação de setores da população e da mídia que, ao pressionarem o poder público por soluções imediatas e definitivas, clamam por ações repressoras e violentas” (MOREIRA et al., 2015, p. 1048). O debate público girava, e gira, em torno da polaridade serviços abertos e asilares, com forte pressão ao retrocesso do paradigma inclusivo e de tratamentos atravessados pelo modo psicossocial de cuidado.

O relatório está sistematizado em três eixos – Eixo I: Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, com 298 propostas aprovadas; Eixo II: Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais, com 308 propostas aprovadas; e o Eixo III: Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial, com 415 propostas aprovadas. Finalizando o relatório, foram acrescentadas as 38 moções aprovadas.

No primeiro eixo, apresentou-se como princípio básico a recusa a todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços, responsabilizando “os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental.” (IV CNSM-I, 2010, p. 21).

O Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais –, subdividido em nove itens, abordou os dispositivos de atenção psicossocial, confirmando a necessidade de um modelo integral, intersetorializado, envolvendo diferentes dispositivos, incluindo os pertencentes aos serviços de assistência social e de educação. Deu ênfase à necessidade de intensificar as discussões sobre a Política Nacional de Humanização e ao fortalecimento dos movimentos sociais, em uma estratégia de avanço sobre o preconceito e exclusão que vivenciam as pessoas com transtorno mental.

Todas as quatro Conferências, conforme anteriormente mencionado, trazem capítulos específicos em relação à temática da cidadania da pessoa com transtorno mental, apresentados na sequência do texto.

4.3.2 Conferências Nacionais de Saúde Mental e o constructo da cidadania

Cidadania foi um constructo presente nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, indicando que esse é um dos grandes temas que atravessam o campo. Cidadania, porém, foi apresentada em diferentes dimensões em cada uma delas e, ainda que não fossem observadas contradições, já que essas diferenças apenas realçavam um ou outro aspecto, provavelmente compatível com os momentos históricos de realização de cada uma das conferências.

Como estratégia de análise, a princípio foram identificados alguns pontos que poderiam facilitar o entendimento de qual cidadania os participantes das conferências estavam falando: (1) terminologia adotada; (2) definição de cidadania presente no texto e (3) foco das reivindicações.

Quadro 2 - Terminologia adotada pelas quatro Conferências Nacionais de Saúde mental e presente nos respectivos relatórios

Conferências	Terminologia adotada
I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987)	Doente mental Usuário Cliente Paciente Cidadão
II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992)	Pessoas portadoras de transtorno mental Doente mental Usuário Cidadão Paciente
III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)	Pessoas com transtorno mental Portador de transtorno mental Portador de sofrimento mental Portador de sofrimento psíquico Usuários de álcool e outras drogas Usuário
IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010)	Pessoa em sofrimento psíquico Usuário

Fonte: Relatório da I CNSM, II CNSM, III CNSM e IV CNSM. Elaborado por Lucimar Coneglian. 2016

A terminologia usada nas primeira e segunda conferências indica resquícios dos termos utilizados no modelo asilar, em que “doente mental” e “paciente” carregam resquícios de um modelo que contempla uma concepção biomédica e com ausência da participação dos sujeitos. Na concepção de paciente, está implicada,

entre outras questões, a construção de hierarquia vertical e de passividade. Apesar da mescla de termos, o que prepondera nas primeiras conferências é “usuário”. Na II CNSM (1992) já está presente o termo “pessoas portadoras de transtorno mental” que, de alguma forma, foi sendo incorporado ao campo da saúde mental, originário do campo da deficiência.

Na III CNSM (2001) existiu uma diversidade grande de termos, talvez em razão de que no texto introdutório foi esclarecido que “[...] manteve-se a diretriz de se respeitar ao máximo a redação e a terminologia originais das propostas” (III CNSM, 2001, p. 18). De qualquer forma, o termo predominante foi “portador de transtorno mental” e usuário. Até a metade da década de 1990 era comum a utilização do adjetivo portador para anteceder uma condição diferenciada das pessoas, termo adotado também pelo grupo dos deficientes que, em determinado momento, foram designados como portadores de deficiência e depois portadores de necessidades especiais. Atualmente existem questionamentos em relação ao uso do adjetivo portador, justificando que ninguém “porta” uma doença ou uma deficiência, já que essa é uma condição de existência do sujeito. O uso do verbo “portar” ou, ainda, do adjetivo “portador”, com o passar do tempo, foi considerado inadequado, visto que transforma a pessoa em alguém que “porta”, alguém que carrega algo. Ainda na III CNSM, uma questão importante foi trazer para o campo mental o grupo dos “usuários de álcool e outras drogas”, com espaço de articulação de propostas que atendam suas especificidades.

No IV CNSM (2010) o termo utilizado foi “pessoa em sofrimento psíquico” e “usuário”, esclarecendo-se na parte introdutória do relatório que ficou estabelecida “terminologia mais politicamente correta para todos os conceitos e termos chaves” (IV CNSM-I, 2010, p. 15). Parece que alterar transtorno mental para sofrimento mental é um esforço semântico para tirar a conotação “bio” que está colada ao termo e ao campo mental. Um novo paradigma, como o da Reforma Psiquiátrica brasileira, exige terminologia compatível. Existem ainda outras propostas de terminologia, como “pessoas em sua existência-sofrimento” apresentada por Rotelli, mas é possível considerar que ainda não existe consenso nessa área, embora a maioria dos textos tenha adotado os termos “pessoas com transtorno mental” e “usuário”.

Em um recente artigo com a proposta de fazer uma avaliação da Reforma Psiquiátrica brasileira, Ana Pitta (2011), militante e pesquisadora, um dos pilares conceituais da Reforma no Brasil, faz uso de diferentes termos em um único texto:

peessoas com transtorno mental (p. 4580), louco (p. 4581), pessoas em sofrimento (p. 4581), enfermos mentais (p. 4582), doente mental (p. 4583, 4588) e sujeito em sofrimento (p. 4584). É claro que, independente do termo utilizado por Ana Pitta, ninguém questiona qual é sua posição frente ao ideário das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, o que não minimiza a importância e o que está subliminarmente embutido na escolha do termo⁶⁴.

Em relação ao constructo cidadania, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu terceiro Tema já está presente apresentada já no título: Cidadania e doença mental. O seu conceito está apresentado no texto como a “participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.” (I CNSM, 1987, p. 21). Dessa forma, o pressuposto de inclusão e participação fica subentendidos.

O texto dessa conferência, considerado com teor marcadamente político (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001), quando conceitua cidadania complementa que:

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. (I CNSM, 1987, p. 21).

Pontua ainda a necessidade de assegurar a “cidadania plena ao indivíduo com doença mental” e apresenta várias proposições sugerindo mudanças nas

⁶⁴ Para o texto que aqui apresento, fiz a opção de usar, preferencialmente, os termos louco e pessoas com transtorno mental por considerar que ambos retratam a real situação dos sujeitos que são objetos deste estudo. Considero que o termo pessoas em sofrimento mental, ao mesmo tempo que nivela os sujeitos e amplia a abrangência das experiências, perde sua força de identidade grupal, visto que grande parte das pessoas, no mundo, pode passar por algum grau de sofrimento psíquico no correr da vida. Nesse sentido, usar o termo pessoas em sofrimento psíquico ganha em termos de diminuição de estigma, mas perde em força de delimitação de grupo e acaba por diluir e não compor exatamente quem são os sujeitos dos quais estamos falando. Em relação ao termo louco, mesmo considerando que reflete uma histórica construção social estigmatizante, considero que apresenta a força histórica de delimitar e definir um grupo de pessoas que possuem uma identidade específica. Assim, intencionalmente e enquanto possibilidade, o termo louco possa ressignificar o campo. Para Amarante (1998, p. 121), “mesmo as expressões louco/loucura passam a ser objeto de uma abordagem pública, sendo utilizadas em trabalhos direcionados à comunidade para denunciar sua tonalidade pejorativa, neutralizar o tom estigmatizante e possibilitar que, no imaginário social, seja criado/recriado um sentido de vida e de valor positivo de trocas sociais. Aparecem inúmeras campanhas voltadas para estes objetivos, com a elaboração de material de natureza predominantemente artística e cultural”.

legislações civil, penal, sanitária, trabalhista. Ainda no terceiro Tema, o texto enfatiza que “a medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.” (I CNSM, 1987. p. 21).

Esse eixo de discussão na I Conferência (1986) também fez indicativos de revisão da Constituição brasileira em vigor, do Código Civil, do Código Penal, da Legislação Trabalhista, entre outros. Propõe a revisão da questão da inimputabilidade, da definição de periculosidade, da revisão sobre a atuação dos manicômios judiciários (I CNSM, 1987, p. 23).

Naquela década, período da Nova República, cidadania era um constructo presente em diferentes debates: “No contexto social brasileiro, a partir dos anos 80, sob influência de todos esses movimentos mundiais e, internamente, a superação da ditadura militar pelo processo de redemocratização, a cidadania foi incorporada à linguagem de movimentos sociais de vanguarda e também à área de saúde e saúde mental” (OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. 195). Assim como a cabeça pensa onde o pé pisa, com coerência histórica, cidadania atravessou de forma potente as preposições da I CNSM (1987). Foi uma conferência que trouxe um embasamento político na construção do campo, definindo-o para além do biomédico, e, nesse sentido, foi um conceito basilar nas discussões.

De forma sintetizada a discussão apresentada no relatório da I CNSM acerca da cidadania estava voltada à reconfiguração do campo, associando o processo saúde/doença ao contexto amplo da vida. Também naquela conferência foram propostas mudanças na legislação com foco nos “direitos iguais para todos”, com a universalização da assistência, cuidando para que fosse efetiva nos serviços de saúde, em um processo contrário às práticas segregadoras.

Na II CNSM, o relatório inicia anunciando que Atenção Integral e Cidadania são dois constructos norteadores da II CNSM; faz também a vinculação do conceito de saúde ao exercício da cidadania. Já no início do texto está apresentada qual a concepção de cidadania que está norteando os debates:

A cidadania é uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Em nosso país, milhões de brasileiros estão destituídos da garantia dos mais elementares direitos. Assim, a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços

desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares. (II CNSM, 1992, p. 10).

Essa conceituação carrega um pressuposto inclusivo que, de fato, está presente em muitas preposições dessa Conferência e de outros debates que foram contemporâneos a ela, a exemplo das discussões sobre a Educação Inclusiva, recomendada também na Declaração de Salamanca (1994) que trouxe uma resolução das Nações Unidas em favor da inclusão e dos direitos das pessoas com deficiência.

A II CNSM (1992) apresentou o conceito de cidadania pelo prisma da igualdade e da luta das minorias e também enquanto possibilidade do exercício de direitos, lembrando que a luta pelos direitos da pessoa com transtorno mental é a mesma luta da população brasileira como um todo, e deve estar vinculada a ela, sugerindo o princípio da igualdade.

No Capítulo 2 – Da Cidadania, as proposições presentes tinham por foco assegurar que as pessoas com transtorno mental tenham “poder contratual de cidadão” através da participação em organizações sociais, condições de acesso aos bens materiais e culturais existentes nas comunidades, inclusão escolar. Citou a existência de “manicômios mentais” na mentalidade de alguns profissionais de saúde mental, sugerindo que as mudanças devem ser paradigmáticas e não somente de reformulação de serviços.

A terceira parte, com o título de Direitos e Legislação, apresentou várias propostas de modificação da legislação vigente. Uma das proposições fez a exigência da aprovação de dispositivos que proibissem práticas violentas como camisa de força, eletroconvulsoterapia, medicação em excesso e psicocirurgias, repetindo o já anteriormente proposto em conferência.

Em uma das proposições, foi apresentada a proposta de modificação da expressão “Loucos de todo o gênero” que consta no Código Civil brasileiro. Neste campo jurídico, outras propostas foram feitas: a revisão da legislação na questão da tutela e curatela; criação do dispositivo de interdição parcial com a possibilidade de atenuar o dispositivo da interdição; estudos para revisão da legislação no tema da inimputabilidade e imputabilidade jurídico-criminal; criação de diversos dispositivos legais de proteção para o trabalhador da área de saúde mental; recomendações com

relação aos psicofármacos e também sugestão para a descriminalização do usuário e do dependente de drogas.

Ainda nessa parte do relatório – capítulo 12, com o título de Direitos dos Usuários –, foram apresentadas trinta e uma proposições que apontaram para, entre outras questões, o direito ao tratamento e ao não tratamento, ou seja, “o direito de não se submeter ao tratamento, o direito a ser ouvido e o direito ao segredo profissional” (II CNSM, 1992, p. 31), provavelmente referindo-se às práticas correntes de internações involuntárias. E solicitou a garantia, para a pessoa internada, de visitas diárias dos familiares e amigos. A reivindicação de alguns direitos pode parecer ingênua quando comparada com outras áreas da saúde, mas não quando a questão gira em torno da saúde mental: a presença de familiares durante o período de internação é bastante restrita e regulada pelas normas administrativas dos hospitais. Normalmente é advogado que, por questões terapêuticas, recomenda-se visita restrita de familiares e amigos, o que é bastante questionado, confirmando-se, no fundo, a definição da terapia pela exclusão social e pela comodidade administrativa dos estabelecimentos asilares.

A II CNSM foi pródiga na quantidade de proposições associadas à garantia de direitos, em sua maioria associados à conquista de direitos pelo prisma da igualdade, como o “Criar mecanismos que possibilitem aos usuários lutar por direitos já conquistados pela sociedade, como os direitos do consumidor.” (II CNSM, 1992, p. 31).

Na III CNSM, o tema cidadania foi apresentado em uma perspectiva também de conquista de direitos, numa ótica de inclusão e de mudança na legislação; mas, diferentemente do apresentado na II CNSM, existiram várias proposições solicitando direitos especiais. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p.17) registram que a proposta referente ao tema Direitos e legislação “talvez tenha sido a parte do relatório no qual os usuários participaram de forma mais ativa, especialmente na plenária final”. A participação ativa dos usuários e familiares como delegados na III CNSM, com direito a voz e voto, pode ser considerada como confirmação de direitos das pessoas com transtorno mental e de respeito ao potencial cidadão desses sujeitos.

O relatório da III CNSM, em sua penúltima parte – Direitos e Cidadania, apresentou, já no seu primeiro parágrafo, o entendimento de cidadania: “Foi ressaltada a priorização, no âmbito da assistência em saúde mental, de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando desse

modo o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares” (III CNSM, 2001, p. 121). Assim, nessa perspectiva, construir autonomia é construir cidadania.

São 103 propostas distribuídas em nove subitens: 1. Educação e inclusão social; 2. Cultura e lazer; 3. Medidas de apoio e de atenção a grupos específicos; 4. Direitos civis e sociais: mudanças na legislação civil e penal; 5. Direitos dos usuários privados da liberdade; 6. Legislação psiquiátrica e direitos dos usuários nos serviços; 7. Benefícios sociais; 8. Exercício e defesa dos direitos sociais; 9. Rede de saúde mental e organização dos usuários e familiares. O objetivo de registrar neste texto todos os subitens foi dar um panorama de quão amplo foi o entendimento de cidadania dos participantes dessa Conferência.

Esta III CNSM ultrapassou as proposições do campo da legislação e colocou ênfase no desenvolvimento da autonomia, na inclusão social, na educacional e no mundo do trabalho. Em relação ao trabalho, foram apresentados vários projetos de geração de renda como estratégia inclusiva, com treze proposições nessa área, sugerindo a criação de cooperativas de trabalho, centros de convivência, oficinas de cultura, arte e lazer; garantia de linhas de créditos para associações de saúde mental; garantia de percentual em concursos públicos, entre outros (III CNSM, 2001, p. 121-122).

Com foco em propostas inclusivas, reivindicando maior acessibilidade ao trabalho e lazer, como o presente na proposição 436 do subitem Cultura e Lazer:

[...] acesso a cinemas, teatros, outros espaços de cultura e educação, deve se dar como inclusão não marginal, ou seja, participação em sessões comuns não específicas, em classes comuns, escolas regulares e não classes especiais. Esta acessibilidade deve ser reforçada pela iniciativa de um projeto de Lei. (III CNSM, 2001, p. 124).

E algumas proposições solicitando a garantia de direitos especiais como:

426. Garantir a integração social do paciente no mercado de trabalho, ampliando a Lei n.º 8.231/91, art.93, da legislação trabalhista, ampliando os percentuais de 2% para 4%, 3% para 5% e de 5% para 6%, no número de profissionais portadores de deficiências contratados, e incluir o portador de transtorno mental em 50% das vagas.

427. Garantir no mercado de trabalho e nos concursos públicos um percentual de vagas para o portador de transtorno mental que esteja preparado para esta inserção. (III CNSM, 2001, p. 122).

É interessante observar o avanço de reivindicações nas Conferências, estendendo do *locus* dos serviços para a possibilidade efetiva de “estar no mundo”, usufruindo dele, tanto no trabalho, quanto na escola e no lazer.

Na IV CNSM-I, o Eixo III denominado de Direitos Humanos e Cidadania, a cidadania apresenta forte concepção de garantia de direitos, que se efetivam em um campo “inter”, para além do campo mental. Deu ênfase a princípios e diretrizes gerais, reafirmando a necessidade de garantir acesso a tratamento adequado, “sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis aos internos nos hospitais psiquiátricos.” (IV CNSM-I, 2010, p. 104).

O relatório registrou a proposta para a criação de uma Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em sofrimento psíquico (IV CNSM-I, 2010, p. 106) e apontou para a necessidade de criação de programas de geração de rendas. Ainda nesse item do relatório, foram incluídas questões relacionadas à cultura e diversidade cultural, propondo a criação de mecanismos de incentivo e financiamento para iniciativas nessa área.

Também ficaram registradas várias premissas no campo dos direitos especiais, como na proposição 615, que solicitou “isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários e seus acompanhantes, inclusive dos serviços de álcool e drogas, que necessitam se deslocar durante seu tratamento” (IV CNSM-I, 2010, p. 106). Ou ainda na proposição 648, que reivindicou a “implantação de meia entrada em espaços de cultura e lazer para pessoas com sofrimento psíquico e seus cuidadores/acompanhantes em todos os municípios” (IV CNSM-I, 2010, p. 110).

Um aspecto interessante da IV CNSM-I é que existe uma diversidade maior de propostas para grupos específicos, como o de travestis e transexuais:

633. Garantir o respeito ao uso do nome social de travestis e transexuais em todos os documentos e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme postulado na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006), inciso I do Princípio 3º, de modo a corroborar o entendimento de que a LGBTfobia (fobia contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e o desrespeito à identidade de gênero constituem importante fator de vulnerabilização em Saúde Mental. (IV CNSM-I, 2010, p. 108).

Também constaram do relatório proposições com enfoque nas questões de gênero, especificamente no cuidado da saúde mental das mulheres, propondo inclusive a descriminalização do aborto. E também proposições que abarcam as pessoas com doenças sexualmente transmissíveis.

Nas duas primeiras conferências, a questão da cidadania teve maior ênfase no campo dos direitos humanos, enquanto que na terceira a questão estava mais próxima do entendimento da construção de autonomia para as pessoas com transtorno mental. Na IV CNSM-I (2010) ressurgiu a questão dos direitos humanos como eixo da cidadania, talvez em função da conjuntura na qual estava situada a IV CNSM – apresentada no início do relatório, em que forças conflitantes da Reforma Psiquiátrica borbulhavam, e o tema da internação compulsória para usuários de drogas, em especial os usuários de *crack*, estava assombrando a efetividade das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Parece que um diferencial presente na IV CNSM foi a ampliação do campo de defesa dos Direitos Humanos para os diversos grupos que se identificaram com o estigma, com o sofrimento psíquico e com as restrições sociais advindas, as ditas “minorias”, como o movimento LGBT, o movimento das mulheres e dos negros, entre outros.

Ficou patente que o tema da cidadania foi se tornando mais complexo nas duas últimas Conferências, abrindo um extenso leque de questões associadas aos direitos das pessoas com transtorno mental. Esse leque abarcou, entre outras questões: a revisão da legislação vigente; ampliação no pressuposto de humanização do tratamento, prevendo serviços abertos e em território; a mudança de paradigma conceitual de doença em que o sujeito que sofre está subalternizado aos sintomas; e a premissa da acessibilidade enquanto instrumento de igualdade e de inclusão social.

Chama a atenção para os desafios próprios do crescimento do bem sucedido movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no interior de um estado burocrático, refratário a inovações, e a radicalidade que a mudança do modo de cuidar requer. O doente mental, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, se transforma em sujeito cidadão e não objeto de políticas públicas. Sendo esta uma questão mais ético-política e cultural do que técnica, o futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira está na esperança de que os usuários, familiares, trabalhadores - esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia - encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas. (PITTA, 2011, p. 4588).

Assim, pelo destaque dado nos relatórios das quatro Conferências, é possível afirmar que o tema cidadania atravessa o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de ser base filosófica e ética, norteadora na construção das formas de cuidado em saúde mental.

4.4 A PRESENÇA DA CIDADANIA NOS DOCUMENTOS ANALISADOS

Os documentos aqui pesquisados, oficiais ou oriundos do movimento da sociedade civil organizada, apresentam a temática da cidadania da pessoa com transtorno mental de forma fulcral e potente.

A cidadania aparece com diferentes intensidades, dependendo do documento e do momento histórico em que está situada: nas categorias inclusão e participação; igualdade de direitos; reivindicação de direitos especiais; oferta de tratamentos que respeitam a premissa psicossocial, para além do modelo biomédico; reconfiguração do espaço social e olhar sobre a pessoa com transtorno mental, através de questionamentos de premissas como a da periculosidade e incapacidade.

O constructo cidadania está implícito nas mudanças em relação à terminologia usada, de doente mental na I CNSM (1987) para pessoa com transtorno mental na IV CNSM-I (2010), em uma tentativa de coerência com o novo paradigma, que tenta superar o modelo biomédico de doença calcado em sinais, sintomas e modelos de classificação, e que oferta maior destaque à doença do que à pessoa em sofrimento psíquico.

Não foram observadas contradições nos documentos gerados a partir do paradigma da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas existem, em especial nos relatórios das Conferências, significativas repetições dos temas propostos. Entre a primeira e a quarta conferência, passaram-se 23 anos, podendo ser observada a presença de reivindicações na última, em 2010, também já presentes na primeira, que aconteceu em 1987.

No conceito de cidadania explicitado nos documentos, existe forte componente político, localizando a temática da saúde mental em um processo histórico, social e cultural, em que o acesso aos bens materiais e culturais tem restrições não apenas para o grupo de pessoas com transtorno mental, mas também para parte da sociedade como resultado do modo de organização e de produção social e econômica. Nesse sentido, ficou pontuado nos documentos analisados, por vezes de forma explícita, o sentido de que a luta pelo processo de existência cidadã para as pessoas com transtorno mental não é isolada, e dela fazem parte outros grupos sociais também segregados e despossuídos de direitos.

O conceito de cidadania da pessoa com transtorno mental apresentado nos documentos estudados estava configurado a partir da premissa da inclusão, da

igualdade e da perspectiva de vida em liberdade, em claro rompimento com o proposto. Também existe o registro potente do constructo cidadania nos projetos de novos serviços, propostos na legislação e repetidos nos textos das Conferências, e que propunham a participação do usuário na definição de seu projeto de cuidado: oferta de ações interdisciplinares e intersetorializados; perspectiva de acesso a educação, cultura e esporte, no sentido de que o tratamento deva atentar para a possibilidade de vida relacional e em sociedade.

Os dois documentos analisados – produzidos pelo movimento social organizado, O Manifesto de Bauru (1987) e a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial (1993) – foram enfáticos em relação ao processo de extinção dos manicômios, não considerando que possa existir compatibilidade entre existência cidadã com tratamento exclusivo. A proposição de extinção dos manicômios também aparece nos relatórios das conferências e tem o sentido de rompimento com o paradigma de aprisionamento dos sujeitos despossuídos de razão, presente no nascimento da psiquiatria.

Assim, a construção de um novo lugar social para as pessoas com transtorno mental paira sobre todos os documentos, na medida em que não existe a perspectiva de vida cidadã sem a perspectiva de inclusão e de aceite das diferenças e dos diferentes.

De forma sintetizada, pode-se dizer que a polissemia do conceito cidadania e seus efeitos na construção do modo de cuidado psicossocial ficaram explicitados nos documentos pesquisados, através das inúmeras categorias elencadas, como inclusão, respeito às diferenças, aumento da autonomia, reivindicação de direitos, serviços pautados pelo paradigma que destaca o sujeito em sofrimento e subalterna os sintomas e novo lugar social para as diferenças.

CAPÍTULO 5

CIDADANIA E SAÚDE MENTAL NOS SERVIÇOS DE CAPS E ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE DE SAÚDE MENTAL

Tendo como pano de fundo a análise histórica, conceitual e político-institucional dos capítulos anteriores – que formam parte da tessitura de uma ecologia de saberes da cidadania e das práticas de cuidado com a pessoa com transtorno mental –, chego agora a um momento em que irei percorrer os cenários cotidianos da saúde mental num município, acompanhar o processo de implantação e desenvolvimento de dois CAPS e a organização e o desenvolvimento de uma associação de usuários e familiares, escutando a fala de pessoas com transtorno mental e seus familiares, além de profissionais e gestores envolvidos. A proposta é prosseguir fazendo uma vigilância epistemológica do constructo cidadania, verificando-o diretamente na prática e na rotina dos serviços, no cotidiano dos atendimentos, na voz, no silêncio e nas ações compartilhadas. Estarei apresentando um estudo de caso da saúde mental no município paranaense de Maringá e de dois de seus Centros de Atenção Psicossocial que estão articulados a uma Associação de saúde mental.

5.1 PERCURSO METODOLÓGICO NA PESQUISA DE CAMPO

Este estudo fez uso de uma triangulação de métodos e fontes de informações, com uma combinação de análise de documentos para contextualização dos serviços estudados e do plano de saúde mental do município, de entrevistas com profissionais, usuários e familiares e de observação nos locais da pesquisa. Fez também parte desta investigação a análise documental dos registros oficiais dos dispositivos pesquisados, abaixo enumerados:

1. Estatuto da Associação Maringaense de Saúde Mental, 2007
2. Manual do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, 2012
3. Plano Municipal de Saúde de Maringá (PR) 2014 /2017, 2013
4. Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá (PR), 2015
5. Projeto de Implantação de CAPS III, 2015

6. Material encontrado em blogs dos serviços pesquisados e página das instituições.

Analisar o estatuto de uma associação, os planos de trabalho, os guias de ação e os blogs no campo da saúde mental é uma oportunidade para ter acesso a uma diversidade de materiais que irão informar sobre o objeto da pesquisa – a cidadania da pessoa com transtorno mental – de uma forma enriquecida. Para Vasconcelos (2007, p. 176), o material bibliográfico primário “inclui documentos, material de divulgação, relatórios etc., colhidos com os diversos atores individuais, grupais e institucionais, ou, ainda, na forma digital, nos vários sítios da Internet desses movimentos sociais, grupos e associações”, que, em suas diferentes dimensões e com diferentes contribuições, iluminam a complexidade do objeto de estudo e somam para sua compreensão.

Acredito que a possibilidade de examinar os documentos norteadores das práticas cotidianas de assistência é uma oportunidade ímpar, pois, como dizem Souza, Kantorski e Luis (2011, p 224), a análise documental é uma “técnica para o tratamento dos dados, objetivando a transformação das informações, visando torná-las mais compreensíveis para correlacioná-las com os demais dados oriundos de outras fontes”, ou seja, o tratamento analítico dispensado ao documento transforma-o de simples fonte isolada e mecânica de informação em riqueza de informações.

Como fonte complementar, também foi realizada varredura nas páginas virtuais, na busca de links em páginas de serviços oficiais, como da Prefeitura Municipal de Maringá (PR), e também blogs e redes sociais que, na contemporaneidade, compõem um importante instrumento de divulgação dos trabalhos, principalmente quando se trata de organizações associativas e, portanto, uma fonte de interesse para a coleta de material dos pesquisadores. Na contemporaneidade, as mídias virtuais são ferramentas utilizadas na divulgação e disseminação de informação e conhecimento; por isso a importância de ser incorporado à pesquisa quando o propósito é conhecer determinado serviço / entidade. O uso de tais fontes foi complementar aos documentos oficiais, sendo elas utilizadas com o devido cuidado, com as informações sendo confrontadas entre diferentes sítios, e, nos casos de contradição, checadas na fonte original, ou seja, nos serviços pesquisados através dos contatos estabelecidos.

Para captar um pouco da ambiência histórica dos serviços de saúde mental de Maringá, fiz uso, também, de três estudos que, por diferentes ângulos, me informaram sobre o campo da saúde mental na cidade: um trabalho de conclusão de curso de

especialização, que registrou a história da inserção do campo *psi* na saúde pública (SILVA, 2000); a tese de doutorado que pesquisou a centralidade do trabalhador de saúde mental na luta antimanicomial, com lócus no CAPS II Cidade Canção (BURALI, 2014); e uma dissertação que trouxe à tona a temática da institucionalização pelo fenômeno das reinternações psiquiátricas com caráter de curta permanência, mas que ocorrem de forma repetitiva e sequencial: “[...] a institucionalização das pessoas com transtornos mentais ou de usuárias de álcool e outras drogas persiste através das internações de curta permanência repetidas vezes, em substituição aos longos períodos de isolamento” (ROSOLEN, 2016, p. 6), todas com *locus* em Maringá.

Com o cuidado ético que uma pesquisa em saúde exige, e após aprovação pelo Comitê de Ética, foi possível a aproximação com o campo, o que aconteceu em julho de 2016, devidamente autorizada pela Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (CECAPS) (Anexo II) e pela Associação Maringaense de Saúde Mental (Anexo III).

Além da pesquisa documental, também utilizei outros dois procedimentos metodológicos nesta etapa: entrevista e observação do campo. Esta última ocorreu em diferentes momentos de acesso aos serviços, embora – contrariando o pressuposto da neutralidade – com algum nível de aproximação entre observador e observado e, ao mesmo tempo, com o cuidado necessário de algum distanciamento afetivo que permitisse análises objetivas que pudessem enriquecer o estudo. Esses momentos aconteceram em: (1) observação de grupo operativo; (2) observação de oficinas de artesanato conduzida por estagiários; (3) observação de ensaio de grupo musical; (4) observação de reunião de ajuda mútua organizado pela AMSM; (5) observação de oficina de geração de rendas na AMSM; (6) visitas ao CAPSi, CAPSad e emergência psiquiátrica. Ainda que um e outro desses momentos não estejam detalhadamente identificados no curso de análise dessa pesquisa, eles foram relevantes para aumentar a sensibilidade do analista nos diferentes momentos deste estudo.

A observação não foi aleatória e buscou identificar as relações estabelecidas entre o grupo, notadamente na questão tema desta pesquisa: como os direitos de cidadania estavam se configurando no cotidiano de cuidados e como se estabeleciam as relações – se no formato de hierarquia de poder ou em composição mais horizontalizada. Enfim, a observação apresenta

[...] como vantagens o fato de possibilitar: obtenção da informação exatamente durante a ocorrência espontânea do fenômeno (QUEIROZ et al., 2007), maior proximidade entre o pesquisador e o contexto do grupo pesquisado, vivência pessoal do evento no próprio lugar de seu acontecimento e contextualização do fenômeno. (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011, p. 224).

Esse processo de observação foi registrado em diário de campo, que, além de ofertar materialidade ao observado, foi um instrumento usado para documentar e fazer um registro pessoal do que estava sendo presenciado, muitas vezes contendo, para além da objetividade do registro do que foi visto, reflexões preciosas sobre as percepções do pesquisador. Constaram do diário de campo as anotações descritivas sobre o observado e as analítico-reflexivas, que “avançam na busca de significados e explicações dos fenômenos apreendidos.” (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007, p. 100).

Em relação às entrevistas, a proposta do projeto de pesquisa pressupunha a abordagem com trabalhadores, usuários e membros da Associação. Como dito no primeiro capítulo, totalizaram vinte e três entrevistas, das quais dez foram com profissionais, selecionados entre os disponíveis e que atuam no CAPS III/CISAM e CAPS II Canção, de forma a contemplar dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois psicólogos, dois psiquiatras e dois terapeutas ocupacionais, cuidando para ter uma mostra das diferentes disciplinas em cada um dos serviços; oito entrevistas com usuários dos CAPS e cinco com membros da AMSM, entre diretoria e frequentadores de oficina. Para as entrevistas, foram respeitados os esclarecimentos iniciais e a concordância oficializada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado com redação diferenciada para cada um dos públicos entrevistados (Apêndice II).

A opção de usar a entrevista como uma das estratégias de coleta de dados se justificou considerando a perspectiva de aproximação íntima com os sujeitos:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados. (DUARTE, 2004, p. 215).

A entrevista também é uma oportunidade de troca e de estímulo à reflexão entre os interlocutores, pesquisadores e pesquisados, em que “fornecendo-nos matéria-prima para nossas pesquisas, nossos informantes estão também refletindo sobre suas próprias vidas e dando um novo sentido a elas.” (DUARTE, 2004, p. 220).

A opção foi a entrevista semiestruturada, com a sistematização anterior de um roteiro guia (Apêndice I) cujo único propósito foi o de provocação do interlocutor, mas com vias em que a entrevista acontecesse de uma forma mais ou menos livre.

Como estratégia metodológica para análise das entrevistas e das observações realizadas no campo, recorri ao proposto por Aguiar e Ozella (2006) – nominado de “Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos” –, que permitiu um vislumbre organizado das falas dos profissionais, usuários e membros da Associação.

O reconhecimento dos núcleos de análise aconteceu após a utilização das três etapas que compõem esta metodologia de análise, e que consolida nos núcleos de significação a proposta de apreensão da constituição dos sentidos. Essas três etapas são nominadas como pré-indicadores, indicadores e núcleos de significação.

A primeira etapa, que foi a identificação dos pré-indicadores, aconteceu mediante sucessivas leituras flutuantes⁶⁵ do texto resultado da transcrição das entrevistas. Nessa fase muitos foram os pré-indicadores elencados.

Irão emergindo temas os mais diversos, caracterizados por maior frequência (pela sua repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas etc. Geralmente, esses pré-indicadores são em grande número e irão compor um quadro amplo de possibilidades para a organização dos núcleos. Um critério básico para filtrar esses pré-indicadores é verificar sua importância para a compreensão do objetivo da investigação. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 230).

Em um segundo momento, foi realizado o processo de aglutinação destes pré-indicadores, transformando-os em indicadores, seguindo pressupostos de similaridade, complementaridade ou contraposições, permitindo, assim, uma maior e melhor combinação do que foi anteriormente elencado. “Esse momento já caracteriza uma fase

⁶⁵ O termo leitura flutuante, a que aqui faço referência, empresto do conceito freudiano de atenção flutuante, que é uma técnica de escuta que não deve, a priori, privilegiar qualquer elemento do discurso, levando a escuta a uma fluidez, deixando que seja o mais livre possível para que permita a identificação do que é destacado pela lógica de quem fala e não de quem escuta. A leitura flutuante segue tais princípios.

do processo de análise, mesmo que ainda empírica e não interpretativa, mas que ilumina um início de nuclearização.” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 230). Por fim, foram constituídos os núcleos de significado, que também ocorreram baseados em similaridades, complementaridade e contradições na busca pela expressão dos “pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas.” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 231).

Destarte, a constituição dos núcleos de análise foi resultante de um extenso processo de identificação de similaridades, complementaridades e contradições presentes no material coletado, quer nas entrevistas, quer nas observações, e que estabelecem direta relação com a temática deste estudo, relacionada à cidadania da pessoa com transtorno mental.

Em momento subsequente serão apresentadas as análises das entrevistas devidamente processadas através das categorias elencadas. Por ora, será apresentado, ainda que de forma sucinta, o cenário no qual estão situados os serviços pesquisados.

5.2 UM POUCO DE MARINGÁ

Maringá situa-se geograficamente no noroeste do estado do Paraná, com população estimada de 403.063 habitantes (IBGE, 2016), e possui um histórico interessante: sua formação inicial aconteceu através da Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP)⁶⁶, subsidiária brasileira de um grupo inglês que fez o loteamento territorial da cidade e estimulou a migração, principalmente de paulistas, mineiros e nordestinos (MARINGÁ, 2016). Agentes imobiliários foram encarregados da comercialização dos terrenos, com um forte planejamento de propaganda, usando expressões sedutoras, como, por exemplo, “Nova Canaã”, “Eldorado” e “Terra onde se anda sobre dinheiro.” (ANDRADE; CORDOVIL, 2008).

A instalação do município é datada de 14/12/1952 (IPARDES, 2016), mas o seu aniversário – considerando sua fundação em 1947 – é comemorado em 10 de maio; assim, em 10 de maio de 2017 a cidade fará 70 anos (MARINGÁ, 2016).

⁶⁶ “Após 1939, com o início da Segunda Guerra Mundial, a Companhia foi vendida, em 1944, para um grupo de capitalistas paulistas que continuou a colonização nos mesmos moldes da companhia inglesa (Müller, 1956).” (ANDRADE; CORDOVIL, 2008).

Maringá é uma cidade que foi planejada já em sua origem, diferentemente de outros municípios em que o povoamento foi sendo realizado de maneira informal.

Maringá foi uma cidade projetada no contexto da modernização e da mais longa experiência liberal do país, fazendo valer a utopia desenvolvimentista amplamente veiculada em todo o território nacional pelo ambicioso Plano de Metas do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), que produzia certa euforia ideológica, centrada na ideia de um breve futuro glorioso, sintetizado na frase “50 em 5”. (BURALI, 2014, p. 160).

A CMNP contratou o arquiteto e urbanista Jorge Macedo Vieira (1894 - 1978), paulista, que mesmo nunca tendo estado em Maringá, estruturou um projeto que à época, 1945, foi considerado arrojado. Para o planejamento, Vieira foi orientado pela Companhia que “exigia largas avenidas, muitas praças e espaços para árvores.” (MARINGÁ, 2016).

Para Andrade e Cordovil (2008), esse nascedouro se manteve e configurou Maringá como uma cidade baseada na promoção imobiliária desconsiderando as necessidades da população:

Essa tendência permeia os sessenta anos de história da formação, ocupação, transformação e expansão da cidade, que sempre estiveram relacionadas a questões financeiras, expressas nos investimentos empresariais. As consequências foram não só a descaracterização dos espaços. O objetivo dos discursos promulgados desde os tempos da formação da cidade de Maringá foi promover a imagem de progresso e de qualidade de vida, no qual o verde (e, por isso, a ideia de “cidade-jardim”) sempre esteve presente. A obsessão pela modernidade leva à construção sistemática de novos espaços que substituem a memória e a história urbanas em projetos que reconduzem à espetacularização da paisagem urbana de Maringá, sempre voltados para a promoção imobiliária. Nos seus sessenta anos de fundação, a cidade procura apresentar o incessantemente novo. (ANDRADE; CORDOVIL, 2008).

Ainda na sua fundação Maringá foi considerada polo regional, “como núcleo de comercialização da produção agrícola, centro de abastecimento, negociação de terras, prestação de serviços, entre outras.” (MARINGÁ, 2016). Assim, a urbanidade teve força histórica no dimensionamento da cidade, e na atualidade Maringá possui uma população urbana expressivamente maior do que a rural – 98,2% da população (MARINGÁ, 2013, p. 8).

Sua economia circula essencialmente em torno da agricultura, da indústria e do comércio varejista e atacadista. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010) é 0,808, situando-se como 23ª cidade do Brasil e 2ª do Paraná, atrás

apenas da capital, Curitiba, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

É também uma cidade referência para serviços de saúde, além de ser também, pela divisão administrativa do Estado do Paraná, o município referência da 15ª Regional de Saúde do Paraná que inclui outros 29 municípios. Segundo o IBGE (2016), os dados de 2009 apontam que Maringá possuía, na área da saúde, três estabelecimentos públicos estaduais, 33 públicos municipais e 194 estabelecimentos privados.

Figura 1 - Região de abrangência da 15ª Regional de Saúde do Paraná, com detalhamento dos municípios integrantes.



Fonte: Extraído de: PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

Ser um município polo carrega implicações na organização dos serviços, já que alguns deles podem ter abrangência municipal e outros têm alcance regional. Notadamente os serviços de atenção básica são municipais, e os especializados podem se configurar intermunicipais, pela organização, por exemplo, dos consórcios municipais de saúde⁶⁷; de acordo com os arranjos regionais existentes, conforme destacado no Plano Municipal da cidade, “o município é polo de uma região com mais de 1,7 milhão de habitantes que utilizam alguns dos serviços hospitalares de alta complexidade do SUS na cidade de Maringá.” (MARINGÁ, 2013, p. 28).

Em fevereiro de 2013, a cobertura de Equipes de Saúde da Família em Maringá estava em torno 63,5%, segundo dados do SIAB (MARINGÁ, 2013, p. 26). Os dispositivos em saúde do município são grandes em números: 28 UBS com 66 Equipes da Estratégia Saúde da Família; sete equipes de NASF; 22 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e quatro Clínicas Odontológicas do Bebê; três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁶⁸; 796 leitos SUS, sendo que do “total de leitos/SUS, 266 foram disponibilizados pelo Hospital Psiquiátrico e Emergência Psiquiátrica que referenciam leitos psiquiátricos para a 11ª, 13ª e 15ª Regionais de Saúde” (MARINGÁ, 2013, p. 28). Para atenção às urgências, o município tem na sua rede uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de porte III e uma UPA de porte II, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com Central de Regulação, a Emergência Psiquiátrica e prontos-socorros dos hospitais, em áreas específicas (MARINGÁ, 2013, p. 29).

O Plano Municipal proposto para o período de 2014 a 2017 deu ênfase à organização de serviços que atendam a pessoas usuárias de álcool e outras drogas, com a seguinte diretriz:

Aprimoramento da Rede de Saúde Mental, fortalecendo os pontos de atenção em nível municipal, para enfrentamento dos agravos decorrentes do uso de crack e outras drogas e o transtorno mental”. Para o alcance desta meta, as ações são Implantar a Unidade de Acolhimento; Transformar o Consultório de Rua em Consultório na Rua, vinculado à Atenção Básica; Construir o Condomínio Residencial Terapêutico para proporcionar sede própria as Residências Terapêuticas; Inaugurar o Complexo Integrado de Saúde Mental, com a transferência do CAPS II, CAPS ad e CISAM para sede própria;

⁶⁷ “O consórcio intermunicipal na área da saúde é visto como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 1997, p. 8).

⁶⁸ As três unidades são: “Zona Norte, de gestão municipal, o do CISAMUSEP, de gestão do consórcio e o da Universidade Estadual de Maringá (UEM), de gestão estadual, necessitando estabelecer uma articulação e regulação de suas ações e serviços.” (MARINGÁ, 2013, p. 28).

Transformar o CISAM em CAPS III; Transformar o CAPS II ad em CAPS III ad. (MARINGÁ, 2013, p. 41-42).

Como indicador de cobertura⁶⁹ de Centro de Atenção Psicossocial, o Plano Municipal apresentou a proposta de ser maior que 0,82 (MARINGÁ, 2013, p. 41). Segundo dados de 2014, a média de cobertura nacional estava em 0,86, enquanto a média paranaense em 0,89 – ótima média, pois, como parâmetro para a classificação de cobertura, o índice acima de 0,70 é considerado muito bom (BRASIL, 2015b, p. 11).

5.3 SAÚDE MENTAL EM MARINGÁ – UM POUCO SOBRE O CAMPO

Segundo Silva (2000, p. 112-113), na história da saúde mental maringaense, ainda no ano de 1993, a Portaria nº 048/93 instituiu uma comissão composta por doze representantes de diferentes setores – como Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, 15ª Regional de Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Sanatório de Maringá, Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), Centro Regional de Especialidades e Centro Comunitário de Saúde Mental –, encarregada da elaboração do Plano Regional de Atenção à Saúde Mental.

Em dezembro de 1993, entre outras propostas, foi sugerida no texto desse Plano a criação de “serviços intermediários, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em cidades polos da 15ª Regional de Saúde - Colorado, Santa Fé, Astorga, Nova Esperança, Mandaguaçu e Maringá, que são cidades de maior porte e com fluxo da demanda de Saúde/Saúde Mental” (SILVA, 2000, p. 115-116). Tal proposta foi aprovada no final desse mesmo ano pelo Conselho Municipal de Saúde de Maringá. Além da previsão de CAPS, foi citada a necessidade de implementação de outros dispositivos, como Serviço de Emergência Psiquiátrica, a ser implantado no Hospital Universitário/UEM, e um Ambulatório/Hospital Dia em Maringá (SILVA, 2000).

⁶⁹ “Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. O indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial.” (BRASIL, 2015b, p. 11).

Mas esta proposta de implantação de CAPS-NASF⁷⁰ foi secundarizada pelo projeto de criação de um serviço ambulatorial, assim que o posto de Secretário de Saúde foi assumido por Antonio Cosme Rosa, médico psiquiatra:

Nós assumimos, a Secretaria Municipal de Saúde no dia 18 de outubro de 1994, o primeiro passo a ser feito foi dar prioridade a Saúde Mental; nós reunimos os profissionais da Seção de Saúde Mental, o qual era coordenado pela psicóloga Elenice Emília Murta Galacini e já havia uma aspiração, um estudo de se implantar um NAPS, mas, veja bem, quando você assume uma gestão no meio de um mandato, as prioridades já estão definidas, então conversamos com o Sr. Prefeito de Maringá, Dr. Said Ferreira, e ele nos deu toda abertura para criar de início um Centro Integrado de Saúde Mental, que hoje é o CISAM, onde seria feito um ambulatório para o tratamento da Saúde Mental e principalmente no alcoolismo e na droga, é claro que esse seria o primeiro passo, o segundo seria o NAPS. (ROSA apud SILVA, 2000, p. 121).

Inaugurado em dezembro de 1994, o CISAM foi recebido como um avanço em termos de prestação de serviços na área saúde de saúde mental para a cidade, sem, ao que parece, problematizar as diferenças que existem na atuação de um CAPS-NAPS e de um serviço nos moldes ambulatoriais.

E dois anos após sua inauguração, em 1996, já existiam dificuldades no desenvolvimento das atividades do CISAM que, apesar de municipal, tinha um acordo regional⁷¹ e atendia a outros municípios. A dificuldade, na época, esteve relacionada a um “não tão novo” problema para os serviços de saúde mental que funcionam com base na oferta de consultas: “os profissionais do CISAM em reuniões conjuntas com os profissionais das UBS buscavam soluções para resolver este novo problema – lista de espera para o CISAM.” (SILVA, 2000, p. 128). É interessante destacar que a criação de um ambulatório foi uma antiga reivindicação do Serviço de Psicologia de Maringá, visto que, já em 1988, existia essa proposta (SILVA, 2000, p. 80), posteriormente reforçado na I Conferência Municipal de Saúde Mental de Maringá, 1992, que considerou

⁷⁰ A nomenclatura utilizada na época, inclusive pela normativa federal como a Portaria/SNAS nº 224 - de 29 de janeiro de 1992, considerava os dois como serviços sinônimos. Isto provavelmente pode ser resultado de dois grandes projetos exitosos que estavam acontecendo no país naquele momento: o do CAPS Luís Cerqueira de 1986 e o projeto de NAPS na cidade de Santos, final da década de 1980 e início dos anos 1990. Amarante e Torre (2001, p. 32) discordam do uso dos nomes dos projetos como similares “na medida em que a utilização dos ‘nomes próprios’ de ambas as instituições tornou-as modelos ou modalidades de serviços, e ainda, modelos idênticos, perdeu-se a pluralidade das questões por elas introduzidas”.

⁷¹ Na época ocorreu um acordo com a 15ª Regional de Saúde em que parte das consultas do CISAM seriam disponibilizadas para região em troca da cessão de duas psicólogas e um psiquiatra, que eram funcionários do Estado. “Com a proposta de Maringá de Reestruturação da Saúde Mental, iniciamos trabalho de incentivo aos municípios vizinhos para que implantassem também serviços (estivemos em vários, dando cursos e conversando com a rede); a equipe da 15ª RS também vinha organizando discussões no sentido de que estes municípios assumissem seus usuários, e no início da década de 2000 [...] o CISAM ficou só com Maringá” (SILVA, 2016).

necessário um serviço de referência que atendesse os casos de psicose. Vale o registro de que, ao que parece, na constituição dos serviços de saúde mental em Maringá, em seu nascedouro, a existência de listas de espera não foi naturalizada pelo serviço, gerando incômodos, provocando constantes movimentações no sentido de ofertar ações que absorvessem a demanda de forma mais resolutiva. Ao mesmo tempo, a solução através da prestação de consultas clínicas, ainda que pelo princípio da psicoterapia breve, resultou no planejamento de ações pelo modelo clínico da ortodoxia do campo biomédico, privilegiando a criação de serviços de especialidades atuando em moldes individualizados e entre quatro paredes.

Como estratégia para superar essas dificuldades, alguns técnicos realizaram visitas à cidade de Santos, para conhecer a estrutura do atendimento que se tornou modelo de implantação da reforma psiquiátrica para todo o país. Nessas visitas eles concluíram que a experiência maringaense estava na contramão da política santista, já que grande parte dos atendimentos no CISAM era destinada às crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo os casos de sofrimento psíquico grave atendidos no hospital psiquiátrico. (BURALI, 2014 p. 139).

Assim, como resultado das reflexões geradas pela visita aos serviços de saúde mental de Santos, em 1996, foi retomada na época a proposta de criação de NASP. Considerando a previsão de que esse serviço estava previsto para atender a uma população de 50.000 habitantes adstrita, propôs a criação de quatro NASP distribuídos nas regiões Centro, Norte, Sul, Oeste e Leste (SILVA, 2000, p. 130), visto que a população maringaense naquele período estava em torno de 270.000 habitantes. A meu ver, esse foi para a época um projeto arrojado, pois respeitava o princípio da descentralização, da territorialização e da oferta de ações com caráter não asilar. Vale lembrar que, apesar de já existirem experiências exitosas de serviços CAPS-NAPS, inclusive o de Santos, visitado por profissionais de Maringá, a legislação que exclui a modalidade ambulatorial dentre os dispositivos de saúde mental foi formalizada anos depois, em 2002, através da Portaria 336 do Ministério da Saúde, que determina em seu artigo 2º que “os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Ou seja, a partir dessa Portaria, em termos de política pública, os CAPS vêm ocupar os espaços dos antigos ambulatórios, mas agora com uma proposta de atuação diferenciada, focada no território e colocando o sujeito que sofre na centralidade da atenção, considerando todas as nuances da vida, para além dos sintomas.

O início do século XXI trouxe uma nova organização dos serviços na atenção primária, com a proposta de ações nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), o que, como um efeito dominó, demandou também revisão nas estratégias de atuação no campo mental. Para isso foi solicitada uma consultoria externa ao grupo da saúde:

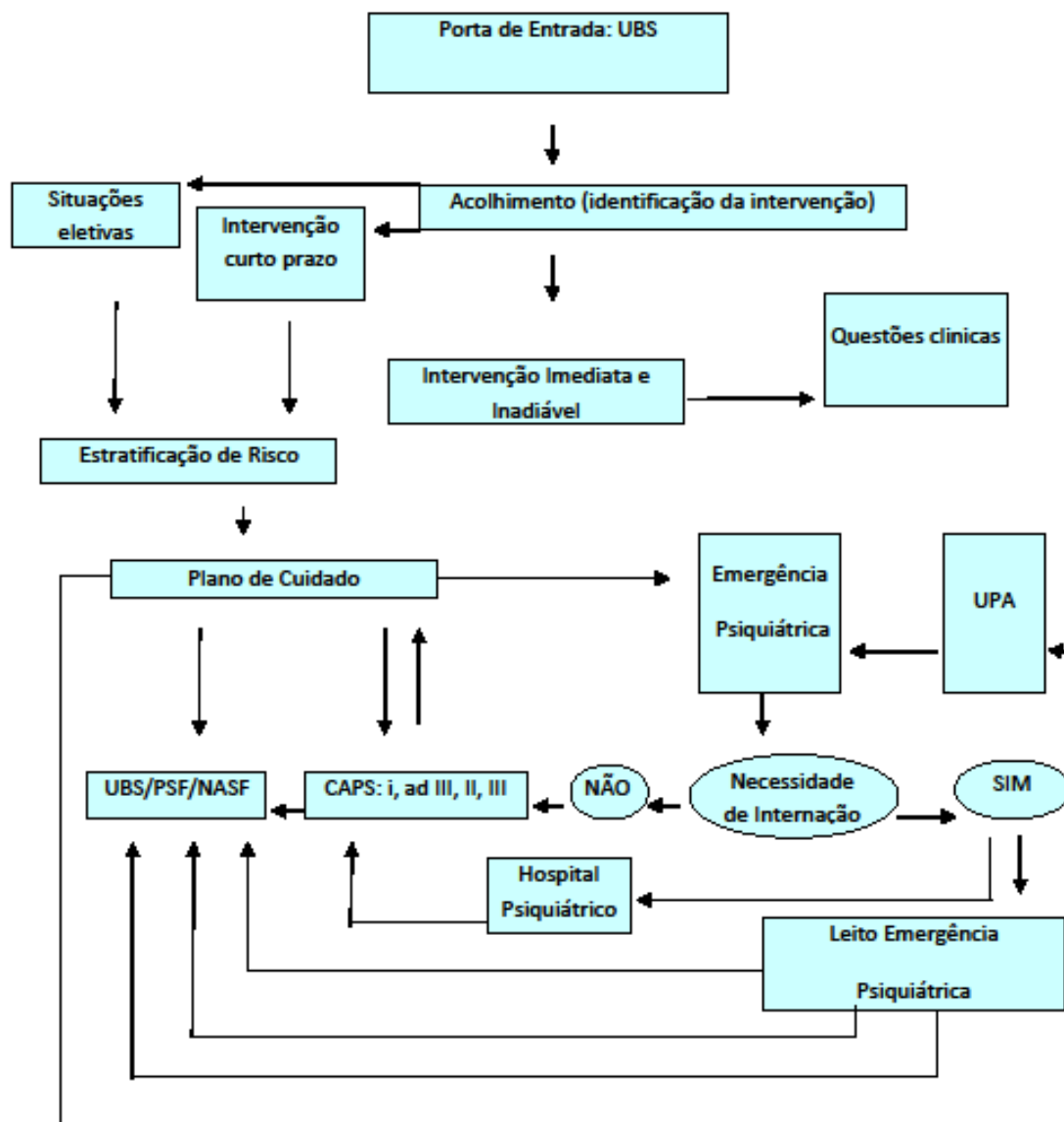
As recomendações dos consultores retratam as reivindicações da equipe de Saúde Mental da SESA e podem ser resumidas em: maior controle sobre o perfil das internações psiquiátricas de Maringá; iniciar auditoria operativa permanente no Sanatório Maringá com equipe multidisciplinar; priorizar a adoção de medidas capazes de viabilizar a gestão municipalizada para a otimização dos recursos financeiros e possibilitar implantação de serviços alternativos à internação psiquiátrica. (SILVA, 2000, p. 151-152).

Assim, em 2001 foi instituída uma Comissão Especial para elaborar a Proposta de Reestruturação do Serviço de Saúde Mental. Um dos objetivos de mudanças na organização dos serviços em Maringá foi reduzir o número de internações psiquiátricas porque “nos anos de 1998, 1999, 2000, 2001 e 2002 a psiquiatria foi a principal causa de internações ocorridas em Maringá” (MARINGÁ, 2015b, p. 3), sugerindo um pressuposto de confiança em que a reestruturação dos serviços evitaria internações desnecessárias e prolongadas; evitaria a cronificação e reduziria o impacto social da doença; diminuiria gradativamente as internações psiquiátricas e promoveria uma assistência mais humanizada, priorizando o tratamento extra-hospitalar (MARINGÁ, 2015b, p. 3), premissas que, a princípio, sugerem uma forte disposição antiasilamento.

Assim sendo, em dezembro de 2002 foi inaugurado o primeiro CAPS de Maringá, na modalidade álcool e drogas com porte II, segundo a Portaria 336/2002.

Fruto desse projeto de reestruturação, a rede pública municipal de saúde mental estava constituída, em 2015, por um CAPS III/CISAM⁷²; profissionais psicólogos nas UBS; um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad), implantado em 2002; uma Emergência Psiquiátrica Pública Municipal, implantada em 2003, com 26 leitos psiquiátricos para referência de três Regionais de Saúde; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção), implantado em 2004; um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) habilitado em 2011; duas Residências Terapêuticas masculinas e uma feminina, implantadas respectivamente em 2006, 2009 e 2011; equipe de Consultório na Rua, habilitado para atuação em 2013 e integrando o nível primário (MARINGÁ, 2015).

⁷² Está em processo de mudança o CISAM para CAPS III, aguardando credenciamento e habilitação do Ministério da Saúde.

Figura 2 - Fluxograma⁷³ da Saúde Mental em Maringá

Fonte: Extraído de MARINGÁ, 2015b, p.16.

⁷³ Este fluxograma já considera a substituição do CISAM pelo CAPS III, conforme detalhado na sequência deste trabalho.

Cada ponto dessa rede tem uma população específica para ser acompanhada, considerando-se o nível de complexidade. Segundo o registrado no APSUS Saúde Mental (p. 24, 2015), a prevalência⁷⁴ de pessoas com transtorno mental é de 12% sobre o total da população; já para o grupo de Usuários de Álcool e outras drogas, a estimativa é de 6% do total da população geral. Segundo o IBGE (2016), a população estimada para o ano de 2016 para Maringá era de 403.063 habitantes, e, nesse sentido, 12% dessa população resultam 48.368 pessoas que constituem o público alvo das ações de saúde mental, que estão distribuídas pelo grau de complexidade na tabela abaixo:

Tabela 3 - Prevalência de pessoas com transtorno mental na cidade de Maringá, 2016

Prevalência de pessoas com transtorno mental	N	%
Baixo Risco	24.184	50%
Médio risco	12.092	25%
Alto risco	12.092	25%
TOTAL	48.368	100%

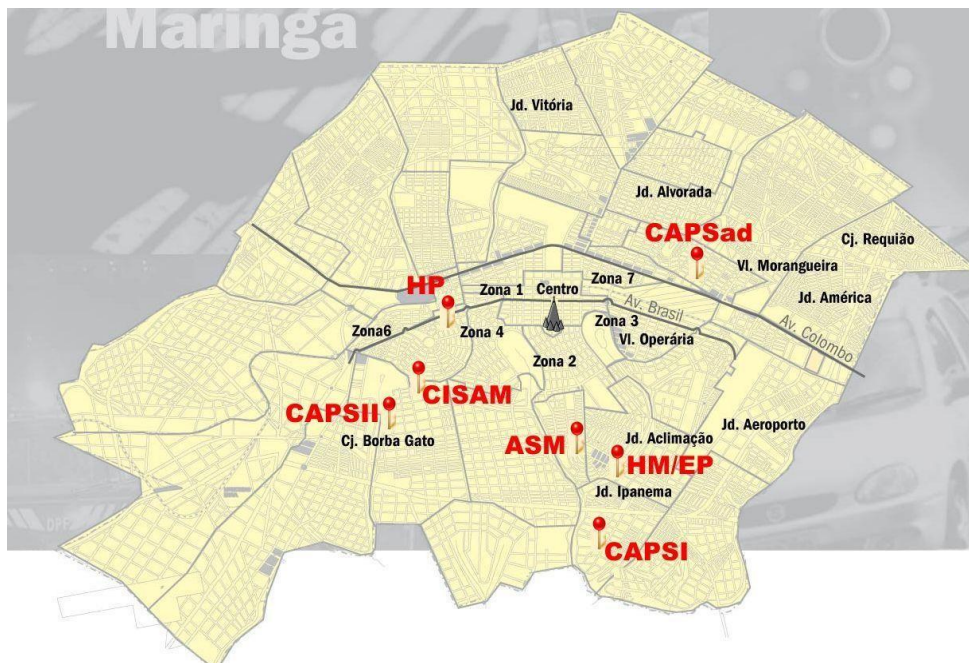
Fonte: População segundo IBGE (2016). Dados de prevalência segundo APSUS (2014). Elaborado por Lucimar Coneglian

Assim, para alto risco, que teoricamente seria o público atendido pelos CAPS transtorno mental, a população a ser acompanhada é de doze mil pessoas, que, diga-se de passagem, é uma população maior do que muitos municípios paranaenses, já que o Estado possui quase duzentos municípios com população menor que dez mil habitantes. A grandiosidade desses números sugere a necessidade de organização da assistência de forma planejada, para além de processos burocráticos e protocolares, sob pena da existência de serviços paralelos e/ou vazios de assistência.

⁷⁴ Para este trabalho, a opção foi usar dados de prevalência do APSUS Saúde Mental por ser a política atual que guia as ações dessa área no Paraná, mas é importante registrar que os dados de prevalência apresentam índices que nem sempre são unânimes. Segundo a OMS, “Análises efectuadas recentemente pela OMS mostram que as condições neuropsiquiátricas, que incluíam uma selecção destas perturbações, registraram uma prevalência agregada de cerca de 10% para adultos (CGD, 2000). Calculou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofriam de afecções neuropsiquiátricas. Essas afecções compreendiam perturbações depressivas unipolares, perturbações afectivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, problemas devidos ao abuso do álcool e de determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, pós-stress traumático, perturbação obsessiva e compulsiva, pânico e insónia primária.” (OMS, 2002, p. 55).

Conforme o mapa abaixo, é possível visualizar a descentralização dos serviços de CAPS ainda no ano de 2014, que, para além das especificidades presentes na atuação de cada um dos dispositivos estavam espalhados na área territorial da cidade:

Figura 3 - Distribuição geográfica dos serviços de saúde mental em Maringá (PR) - 2014.



Fonte: Extraído de Burali (2014, p. 145).

Esta distribuição territorial dos serviços estava consonante com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira e com a política pública instituída pelo Ministério da Saúde, qual seja, o da implantação de serviços espalhados pelo território e próximos da população adstrita. Mas no ano de 2015 existiu um projeto de reformulação prevendo a concentração dos dispositivos CAPS em um mesmo local, criando-se o Centro Integrado de Saúde Mental.

Assim, este mapa não retrata a distribuição atual dos serviços, que infelizmente sofreram um processo de aglutinação e afastamento para um bairro periférico. Essa proposta de mudança foi inicialmente apresentada na reunião do Conselho Municipal de Saúde no dia 18/08/2009 e, posteriormente, pautado para aprovação na reunião do dia 22/06/2010. Existiram vozes discordantes, ainda que poucas, mas com importantes argumentos que alertavam para a centralização como um “incentivo ao preconceito contra pessoas com transtorno mental, dificuldade de

acesso, volta à segregação e ao asilamento, retrocesso no processo da Reforma Psiquiátrica no município, contrariando os princípios centrais da Reforma Psiquiátrica Brasileira.” (BURALI, 2014, p. 147). Apesar da força dos argumentos contrários, o projeto foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde com treze votos favoráveis e quatro votos contrários à centralização dos serviços.

Essa decisão centralizadora remete à reflexão sobre o lugar social do louco no município: “verificamos que as concepções enraizadas sobre a loucura reproduzem, no plano concreto, o lugar do louco, dos insanos e dos drogaditos, colocando-os ‘fora da cidade’, e, no plano do simbólico, fica evidenciado o seu ‘não-lugar’, como aqueles que, ‘fora da vista’, continuarão esquecidos pela comunidade” (BURALI, 2014, p. 147).

Ao que isso sugere, neste município, a consonância com o novo paradigma de serviços incorporado enquanto política pública na área de saúde mental está pactuado nos projetos escritos mas não se configuram enquanto prática efetiva.

Na sequência serão apresentados os dois serviços e a associação de usuários e familiares, que foram *locus* desta pesquisa.

5.4 CISAM/CAPS III

Começar pelo CISAM significa começar pelo início, visto que, dentre os eleitos para esta pesquisa, foi o primeiro serviço a iniciar seu trabalho, ainda em 1994. O CISAM nasceu, como exposto acima, como um grande ambulatório referência no nível secundário.

Conforme página virtual da Secretaria de Saúde (2016), existia uma proposta de equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras; farmacêuticos, residentes em psiquiatria e equipe auxiliar. Registro aqui o uso do termo multidisciplinar nas informações sobre o serviço, que teoricamente pressupõe a composição de uma equipe considerando-se a diversidade de formação profissional e não necessariamente a comunicação e inter-relação entre as mesmas.

Em relação a atividades programadas (CISAM, 2016) existe a supremacia de ações individualizadas e tradicionalmente afeitas à área mental no modelo biomédico e aqui discriminadas conforme consta na página do CISAM (2016): consultas de psiquiatria; atendimentos de psicologia individual e grupal (infantil, adolescente e

adulto); consulta de enfermagem; dispensação de medicamentos psicotrópicos (farmácia) para usuários atendidos no CISAM, CAPS II CANÇÃO, e receitas SUS da região das UBSs: Ney Braga, Mandacaru, Vila Esperança, Quebec, Grevíleas III, Maringá Velho, Universo, Industrial, Iguaçu, Zona Sul, Cidade Alta, Aclimação, São Silvestre, Internorte, Operária, Floriano, Iguatemi, Olímpico; grupos de orientação a pais (psicologia); palestras (dentro e fora do CISAM); atividades culturais externas (passeios, teatro, exposições etc.); assessoria às equipes das UBSs no manejo dos casos em atendimento; referência para as UBSs, com informações pertinentes, de usuários em situação estável, que podem ser acompanhados regularmente pela equipe, devendo retornar em avaliação periódica ou em casos de reagudização do quadro; atendimento e orientação à família, quanto ao transtorno, ao tratamento e à sua participação em grupos de autoajuda (por exemplo: Associação Maringaense de Saúde Mental); visitas domiciliares; alfabetização através de parceria com o EJA – Educação de Jovens e Adultos.

Para além do tradicionalmente posto em termos de intervenção na área mental, também foram incluídas propostas de inserção sociocultural e aproveitamento das ações em rede, como as das UBSs e da AMSM. Mas, ao que parece, no cotidiano de cuidados, o perfil ambulatorial⁷⁵ predominou.

Com a transferência do CISAM para o Centro Integrado de Saúde Mental (CISM), avizinando com o CAPSi e o CAPSad, também foi reavaliada sua ação. Segundo a Coordenação do atual CISAM/CAPS, após a mudança física foi questionada pelo gestor a razão de o município manter um serviço que não faz parte da RAPS, e, por conseguinte, um serviço que não receberia nenhum repasse de verbas do Ministério de Saúde. Dessa forma, pelo viés financeiro, o serviço ambulatorial CISAM, que em idos tempos foi priorizado em detrimento à criação de NAPS/CAPS, e que foi anteriormente historizado, finalmente sucumbiu ao pressuposto de sua efetividade – e a Portaria 336 de 2002 não mais incluiu serviços ambulatoriais entre os dispositivos do campo mental. E diante do óbvio – mais pelo viés econômico de gestão e menos pelo viés da organização de dispositivos que

⁷⁵ Considero que no perfil ambulatorial estão presentes um arranjo de cuidado pautado pelo modelo biomédico, em que não existe, ou pouco existe a intercomunicação entre os saberes, e que as estratégias de intervenção estão focalizadas nos sintomas e nos sujeitos, com intervenções essencialmente individualizadas e descoladas dos componentes sociais.

comunguem dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica –, a proposta municipal foi de mudança, transformando o CISAM em CAPS III.

Assim, em junho de 2015 foi redigido o Projeto de Implantação de CAPS III (MARINGÁ 2015b), apontando, dentre várias justificativas para a mudança, a falência do trabalho nos moldes ambulatoriais:

Considerando que o CISAM – Centro Integrado de Saúde Mental, já atende diariamente a uma média de 100 pessoas em consultas, reconsultas psiquiátricas, atendimento psicoterápico e um total de 200 pessoas dia quando consideradas as buscas por aviar receita de psicotrópicos na farmácia mantida no serviço, sem um controle efetivo deste setor, ou seja a farmácia só faz aviar as receitas prescritas por profissionais externos ao CISAM não conseguindo dar conta de uma orientação mais efetiva, segundo normas vigentes aos psicotrópicos; e que devido ao grande número de usuários em busca das medicações, os farmacêuticos não têm como fazer um controle mais efetivo dos usuários de psicotrópicos, mas percebem o uso inadequado das medicações, ora receitada por profissionais da rede básica, ora receitada por profissionais ligados a convênios, orientam, mas não acompanham a sequência do caso por motivo da grande demanda. (MARINGÁ, 2015b, p. 9).

Fica explícita nessa justificativa a vertente de tratamento pautado por consultas e prescrição medicamentosa que direcionava o serviço. O Projeto de Implantação de CAPS III (MARINGÁ 2015b) registrou que as consultas eram insuficientes para dar conta da demanda, gerando preocupação com prescrições realizadas de forma aleatória, já que “a medicação de forma errônea pode provocar sérias alterações físicas, comportamentais e mentais, implicando assim, alto risco de saúde física e mental e grande vulnerabilidade em todos os aspectos de sua vida” (MARINGÁ, 2015b, p. 9). Mas as perguntas são: Estava posta e visibilizada pelos técnicos a falência do CISAM? Qual a razão disso não ter sido reavaliado tecnicamente no Plano Municipal de Saúde de Maringá (PR) 2014/2017 (2013)? A implantação do CAPS III é resultado de uma crença na falência deste projeto ambulatorial, em Maringá personificada no dispositivo CISAM, ou resultado de questões de financiamento, já que apenas o CAPS recebe verbas federais? Existe, de fato, a intencionalidade de mudança na forma organizativa dos serviços, seguindo a lógica de um novo paradigma, ou a mudança de CISAM para CAPS III é apenas de nomenclatura, onde velhos serviços recebem novos nomes?

Como objetivos do CAPS III – o novo serviço, substitutivo ao CISAM –, foi considerada a reinserção social através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, saúde, esporte e lazer, além da oferta de cuidados clínicos e de

reabilitação psicossocial, destacando seu caráter de eficiência e de formatação personalizada (MARINGÁ, 2015b).

Consta ainda no Projeto a previsão de um período intermediário de transição, considerando a existência de um grande número de usuários ambulatoriais, definidos no projeto como aqueles que fazem “só consultas” (MARINGÁ, 2015b, p. 21). Como propostas de atividade, foram previstas as seguintes ações: (1) Atendimento individual: medicamento, psicoterápico, orientação, entre outros. Essa modalidade de tratamento tem indicação para usuários que necessitam de uma escuta instrumentalizada e individual; (2) Atendimento em grupos: psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros; são também realizadas atividades de reflexão, terapia em grupo, autoestima, dinâmicas de descontração, atividades de recreação, dinâmica de relaxamento, passeios educativos, teatro, terapias ocupacionais e atividades esportivas; (3) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (4) Visitas e atendimentos domiciliares; (5) Atendimento à família; (6) Atividades de integração na comunidade, na família, no trabalho, na escola, na rede cultural e na sociedade em geral (MARINGÁ, 2015b, p. 11).

Apesar de o Projeto (MARINGÁ, 2015b) ser minucioso em alguns aspectos, detalhando fluxos, população adstrita e guias de referência e contrarreferência, ele não deixa claro qual a vertente epistêmica que pactua. Sabemos que é possível em serviços abertos de tratamento a existência da composição manicomial atravessando as ações, ou seja, um serviço nos moldes CAPS não necessariamente resulta em transformação no modelo asilar de cuidado.

Até início de 2017, o processo de credenciamento e habilitação do CAPS III ainda não tinha sido concretizado, e o CISAM/CAPS III estava atuando apenas nos períodos manhã e tarde e não 24 horas como previsto pela normativa de funcionamento de um CAPS III. Também seus leitos – importantes dispositivos, na medida em que acolhem casos específicos de sujeitos em crise e podem diminuir internações de longa duração – ainda não estavam em funcionamento.

5.5 CAPS II CANÇÃO

O CAPS II transtorno mental foi inaugurado em 2004, identificado como CAPS Canção e está, portanto, com 13 anos. Mais de uma década de trabalho pode parecer

um tempo suficiente para o amadurecimento do trabalho, mas, se considerarmos que a proposta é modificação de paradigma, pode ser que não seja tanto tempo assim. De qualquer forma, mais de uma década de trabalho já resulta em um percurso interessante nessa proposta de novo cuidado, e, por isso, merece ser investigado.

Já na parte introdutória do Manual do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção), o serviço apresentou as bases em que calcou seu trabalho. Destacou que o maior desafio “é derrubar os muros que estão dentro de nós” (MARINGÁ, 2012, p. 2), e este “nós”, no caso, fez referência aos profissionais.

[...] não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos do manicômio, mantivermos intacto outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão. (PELBART, 1990, p. 134).

O texto do CAPS Canção registra que o status social do louco está associado ao estatuto de incapacidade e periculosidade, “criando, sobretudo, um conjunto de pré-conceitos, estigmas, estereótipos [que] se cristalizaram e por razões ‘justificáveis’ vieram tirar o indivíduo adoecido do convívio social, achando [que] deveriam ser isolados para serem tratados” (MARINGÁ, 2012, p. 2). Assim, nesse texto foram ressaltadas duas questões importantes na mudança de paradigma para um novo cuidado: o processo histórico de estigma vivenciado por tais sujeitos e o isolamento social em nome de um pressuposto tratamento.

E acrescenta que o “esforço de romper com essa lógica, totalmente ilógica”, pressupõe o tratamento em “espaços abertos, em liberdade e mediante uma visão psicossocial que tem como alvo integrar essas pessoas na comunidade, inserindo-as na vida cotidiana.” (MARINGÁ, 2012, p. 2). Aqui também destaco algumas premissas presentes no texto: a do cuidado pela via da liberdade e a psicossocial, ou seja, para além de um modelo biomédico, com o pressuposto da integração social.

Tais questões estão confirmadas, no texto, quando foi apresentada a missão do CAPS Canção:

Oferecer atendimento humanizado a pessoas em sofrimento psíquico e familiares e propiciar um espaço de saúde, entendendo que, para além de tratar “a doença”, constitui-se a missão principal deste serviço: o resgate da pessoa escondida e encoberta por uma história de doença e sua inserção na vida social. (MARINGÁ, 2012, p. 4).

Por outro aspecto, para além de toda a preocupação com os pressupostos de um novo cuidado em saúde mental, no Plano aparece como condição de inserção no serviço a avaliação psiquiátrica: “para o atendimento no CAPS Canção, é indispensável que o usuário esteja sendo acompanhado por tratamento psiquiátrico, pois o mesmo deverá apresentar um diagnóstico definido e tratamento medicamentoso” (MARINGÁ, 2012, p. 6). Disso resulta a conclusão de que o diagnóstico, neste serviço, é uma ação exclusiva da área médica. Mas e as outras composições do sujeito e que contribuem para ele ser o que é? Em outras palavras, existe aqui certa contradição com o anteriormente apresentado, visto que o sujeito com transtorno mental está sendo considerado apenas pelo aspecto psiquiátrico, negando o aporte de outras áreas que podem estar presentes, como aspectos psicológicos, relações familiares, questões sociais, econômicas, culturais, entre outras. Essa é uma das razões para que a legislação do CAPS preveja composição de equipe multidisciplinar.

De outro lado, o próprio Ministério da Saúde exige o diagnóstico CID 10 para alguns procedimentos burocráticos como, por exemplo, incluir um novo usuário do serviço CAPS no Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)⁷⁶. A definição do CID pode ser resultado de reflexão em equipe ou, em termos formais, ser feita por outras áreas profissionais. Pela normativa atual do Conselho de Psicologia, este profissional pode fazer diagnóstico utilizando o CID 10⁷⁷, procedimento que não é muito usual para este grupo de profissionais, que quando o faz, está associado com a emissão de atestados para fins trabalhistas. Mas existem outras áreas que compõem o serviço e que tradicionalmente não estão no campo de formação da saúde, a exemplo da assistência social, categoria que não apresenta muita prática no

⁷⁶ “O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde foi instituído pela Portaria nº 276, de 30 de março de 2012, com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012c, p. 5). “Será obrigatório o registro do “CID Principal”, que irá indicar a morbidade que originou a atenção domiciliar. Os demais CID serão complementares para definir o diagnóstico do paciente e de caráter opcional.” (BRASIL, 2012c, p. 19).

⁷⁷ O Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais constante do CID 10 e abarca 11 grupos: (F00-F09) Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; (F10-F19) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; (F20-F29) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; (F30-F39) Transtornos do humor [afetivos]; (F40-F48) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes; (F50-F59) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; (F60-F69) Distorções da personalidade e do comportamento adulto; (F70-F79) Retardo mental; (F80-F89) Transtornos do desenvolvimento psicológico; (F90-F98) Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; (F99) Transtorno mental não especificado.

uso desse instrumento. Disso resulta que, apesar da constituição de novos serviços pautados por novas práticas e novos paradigmas, seguindo pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda persistem componentes antigos assombrando sua efetividade, como o da supremacia médica no processo diagnóstico. Essa supremacia do modelo biomédico ainda está presente nas entrelinhas burocráticas dos serviços, quer no nível do Ministério da Saúde, quer no âmbito do município. A exigência do uso do CID 10 para a inclusão de novos usuários no serviço, se por um lado cria um parâmetro de homogeneidade para os serviços, ao mesmo tempo solidifica a concepção de priorizar os sinais e sintomas no processo diagnóstico.

Quando o Manual apresenta o detalhamento das atividades a serem desenvolvidas, está registrada a proposta de Atividades ou Ações Comunitárias, definida como “procedimentos desenvolvidos fora do CAPS, objetivando a socialização”, prevista a ser ofertado “quando a equipe observa situações de dificuldade de relacionamento familiar, de moradia, de trabalho, de falta de organização no lar, de falta de documentação básica, de lazer, de convivência na rede social do usuário e outros.” (MARINGÁ, 2012, p. 10). Ao que parece, as ações em rede e externas ao serviço estão direcionadas para aqueles casos que apresentam dificuldades específicas, o que contradiz o texto introdutório do Manual, acima descrito, que alerta para o processo de estigma experimentado pelas pessoas com transtorno mental, direcionando o serviço para o processo de inclusão.

Vale pontuar mais uma vez que o paradigma da exclusão, enquanto construção histórica e cultural, está enalacrado no simbólico e, quando apenas localizado nas especificidades individuais, pode resultar, novamente, em projetos que elegem o indivíduo como o “problema” a ser “reparado”. Também nessa atividade está previsto, como observação final, que “a demanda posta neste item envolve em grande parte o profissional assistente social e o terapeuta ocupacional”, sugerindo que a inclusão social, o trabalho com família e a construção de rede são especificidades de duas categorias profissionais. Isso posto, vamos ao questionamento sobre o papel das diversas áreas de conhecimento presentes no serviço CAPS e no trabalho interdisciplinar.

Em um estudo qualitativo na perspectiva da interdisciplinaridade e saúde mental, desenvolvido no Serviço Cândido Ferreira⁷⁸ de Campinas (SP), foi constatado

⁷⁸ “Trata-se de uma instituição filantrópica, com 85 anos de existência, que contribui expressivamente com a rede de assistência à saúde mental do município. [...] Em 1993, a instituição foi reconhecida

que algumas categorias profissionais apresentam maior dificuldade para o trabalho interdisciplinar, fazendo referência aos médicos e enfermeiros. O estudo atribuiu aos primeiros a dificuldade como resultado do processo autoritário estimulado na formação dos médicos; e considerou que a formação dos enfermeiros “tende para o positivismo mecanicista e para uma perspectiva autoritária do serviço hospitalar.” (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011, p. 3607). A demarcação de fronteiras profissionais pode constituir-se como um dos entraves para o trabalho interdisciplinar.

A literatura especializada buscou nos últimos anos caracterizar pontos críticos para a integração interdisciplinar em saúde: o poder da tradição positivista e biocêntrica, a ausência/presença de um projeto comum, o confronto entre especificidade e flexibilização na realização do trabalho, a comunicação e a existência de concepções de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre profissionais de saúde. Outros pesquisadores ressaltam o alto grau de diferenciação dos diversos trabalhos existentes nos serviços de saúde, a transposição automática, para o campo de trabalho compartilhado, das teorias/práticas de cada profissão/saber e a estrutura das instituições de ensino, geralmente sem nenhuma comunicação entre as disciplinas, o que se reflete na formação profissional. (VASCONCELOS, 2010, p. 2-3).

Vasconcelos (2010, p. 13) ainda ressalta os atravessamentos complexos que a proposta de trabalho interdisciplinar apresenta, trazendo à tona as dificuldades para “estabelecer um solo epistemológico comum entre as disciplinas” e, por outro lado, constitui-se como uma das premissas do novo paradigma de cuidado em saúde mental, que “carrega nos ombros a responsabilidade de mudar radicalmente um modelo de assistência”.

Desta forma, ainda que exista comunhão entre as premissas deste novo paradigma com o registrado nos projetos, existem aspectos contraditórios e que comungam de um modelo biomédico.

5.6 AINDA SOBRE O CAMPO: ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE DE SAÚDE MENTAL

A Associação Maringaense de Saúde Mental, criada no ano 2000, tem uma história interessante que merece registro, ainda que sucinto. Em maio de 2000 foi realizado o evento Cidadania e Saúde Mental, organizado em parceria CISAM e Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, em comemoração

pela Organização Mundial da Saúde como referência e modelo no Brasil para a abertura manicomial e inclusão do paciente no processo de cidadania.” (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011, p. 3604).

ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial⁷⁹. Foi intencionalmente organizado para estimular a criação de uma associação de usuários e familiares, “um evento que envolvesse profissionais, professores e alunos da UEM, pacientes e familiares, com o objetivo de dar o ‘chute inicial’ para a formação da Associação” (SILVA, 2000, p. 153).

Da programação constavam palestras com os temas Saúde/Doença Mental, proferida pelas professoras Mariko Koga e Meyre Eiras Barros da UEM, e Papel e Importância da Associação de Saúde Mental na Assistência ao Usuário, pela Presidente da Associação Londrinense de Saúde Mental, Sr.^a Adélia Fagotti Buranelli. Ao final do evento, com a provocação para a formação de uma Associação, constituiu-se uma comissão para dar os encaminhamentos necessários à efetivação da proposta. Tal foi o entusiasmo na época, que pouco mais de um mês depois, em junho, esse grupo já tinha se reunido oito vezes (SILVA, 2000, p. 155).

A Associação Maringaense de Saúde Mental registrou ao que veio na página do CISAM (2016):

Nossa missão: Promover a reflexão acerca da luta pelos direitos; a reinserção social; a inclusão no mercado de trabalho para geração de trabalho e renda; o resgate da autoestima e da capacidade produtiva, amenização ou superação do sofrimento psíquico.

Trata-se de uma missão politizada e militante que comunga das concepções da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Estatuto Social da Associação Maringaense de Saúde Mental (AMSM, 2007, p. 1) apresentou no seu texto, no capítulo dos objetivos e finalidades, a preocupação com a “diminuição do preconceito e discriminação, viabilizando ainda o exercício da cidadania e defesa dos direitos humanos”; e a promoção de projetos de geração de trabalho e renda “que possibilitem reintegração das pessoas com transtorno mental”. O texto fez uso de várias premissas compatíveis tanto com o que está posto na atualidade, como em relação à pessoa com transtorno mental e ao tema dos direitos, como a luta por “atendimento com respeito e humanidade”, em “serviços comunitários, tendo como objetivo principal não afastá-la de sua família, do seu trabalho e da sua comunidade.”

⁷⁹ O Dia Nacional da Luta Antimanicomial é comemorado em 18 de maio e está vinculado ao II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental realizado em 1987, na cidade de Bauru/SP, que teve por lema “por uma sociedade sem manicômios”. Foi neste evento que nasceu o Movimento Antimanicomial brasileiro.

Ainda no segundo capítulo, consta a proposta de “estimular ações e práticas alternativas de trabalho, criando condições para que os usuários reconquistem sua autonomia, passando de tutelados a sujeitos de sua própria história” (AMSM, 2007, p. 1), sugerindo valorização da autonomia, condição para o exercício da cidadania.

Existe importante ênfase na substituição do modelo hospitalocêntrico nas páginas virtuais que mantêm identidade com a Associação, como o Projeto Girassol, que é um dos programas desenvolvidos pela AMSM.

A luta da AMSM é pela promoção de melhores condições de atendimento, novas modalidades de tratamento, orientação aos familiares no sentido de entender o transtorno mental evitando internações desnecessárias. Lutamos pela garantia dos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento mental que de longa data têm enfrentado preconceitos, sendo vítimas de exclusão e de internações frequentes. (PROJETO GIRASSOL⁸⁰, 2017).

Em terreno doado pela Prefeitura Municipal de Maringá, a AMSM possui sede própria, cuja construção foi efetivada com recurso financeiro de um prêmio em dinheiro ganho pela entidade, na época um montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). Este prêmio foi entregue no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Goiânia, intitulado Prêmio de Inclusão Social na Categoria de Defesa aos Direitos. Um detalhe interessante: o prêmio foi patrocinado pelo Laboratório Eli Lilly do Brasil, o que pode causar algum estranhamento – a indústria farmacêutica ser patrocinadora de ações de defesa de direitos. Mas nem tudo é estranheza quando, em entrevista com membro da AMSM, esclareceu-se que um fundador do Projeto Fênix, de São Paulo, foi o representante da organização do evento para avaliar os candidatos ao prêmio. Tal associação foi lembrada por Vasconcelos (2009, p. 4) em pesquisa que, entre outros aspectos, averiguou o posicionamento de associações em sua relação com os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, destacando que

[...] apenas duas associações de todo o universo pesquisado são explicitamente contrárias à reforma psiquiátrica, sendo já bastante conhecidas no campo da saúde mental no país: a AFDM, fundada no Rio de Janeiro, mas com ramificações e grupos em outros estados, e o Projeto Fênix, de São Paulo.

Isso esclarecido, evapora-se a estranheza da parceria laboratório medicamentoso/associação médica e a premiação para organização da sociedade

⁸⁰ A data da última publicação neste site do Projeto Girassol foi de dezembro de 2014.

civil. A relação dispositivos/associativos e indústria farmacêutica não é de todo novo e nem de todo restrita ao território nacional brasileiro:

Muy importante también para extender el conocimiento de una nueva enfermedad o un nuevo concepto, síndrome o diagnóstico es financiar a asociaciones de pacientes o de afectados. Es fundamental, porque los grandes prescriptores en la sociedad son los médicos, pero también las personas que ya tienen esa enfermedad. A esas asociaciones puede acudir un padre preocupado, que sospecha que algo le puede pasar a su hijo y le van a dar la información, pero la información, que a veces que es independiente, otras veces es sesgada, dado que esas asociaciones reciben financiación de los laboratorios, para editar un boletín, para hacer una página web, para organizar un congreso o directamente. (JARA, 2015).

Assim, as ramificações do modelo biocentrado e biomédico e suas vertentes de mercado se estendem, de forma explícita ou velada, para todos os dispositivos de cuidado, quer sejam instituições de formação, como os cursos de graduação da área de saúde, quer sejam os serviços públicos e privados e as associações de usuários, familiares e profissionais.

Em sua trajetória de uma década e meia, a AMSM desenvolveu diversas ações, como o Projeto Girassol⁸¹, ainda ativo, que consiste na confecção de produtos artesanais nas técnicas do fuxico e do patchwork, com o objetivo de

[...] proporcionar aos portadores de transtornos mentais uma vida feliz e produtiva, que os torne mais bem aceitos e compreendidos em seus ambientes familiar e social. Para isso reúnem-se portadores de transtornos, familiares e voluntários em uma oficina de costura, utilizando material de doações, confeccionam trabalhos com retalhos, enquanto confraternizam com alegria. (PROJETO GIRASSOL⁸², 2017b).

Outro trabalho que está registrado na história da Associação foram os grupos de apoio mútuo, que no início da década de 2000 aconteciam simultaneamente em três lugares diferentes da cidade e, na atualidade, semanalmente em um local. Esses grupos⁸³ objetivam estimular o suporte entre os pares, como mostra o estudo

⁸¹ Este projeto é uma parceria com a Universidade Estadual de Maringá (UEM), através do Programa Nacional de Incubadoras de Cooperativas Populares (PRONINC), funcionando desde julho de 2003. Atualmente é desenvolvido apenas pela AMSM.

⁸² Em busca na internet, foram encontradas duas páginas do Projeto Girassol. A última publicação desta página data de 2011.

⁸³ “As reuniões duram cerca de duas horas, os participantes se posicionam, preferencialmente, em círculo. No início, o coordenador da Associação realiza a apresentação de todos os participantes e, em seguida, explica a dinâmica da reunião. Os integrantes pedem a palavra ou são convidados a dar o seu depoimento e podem fazê-lo por até 10 minutos. No depoimento, a pessoa costuma falar sobre os motivos que a levaram ao grupo, sua situação atual ou experiências. Os integrantes, que por intermédio da ajuda recebida no grupo atingiram uma situação pessoal e familiar melhor, relatam

qualitativo realizado em 2010, com onze familiares de pessoas com transtornos mentais que frequentavam um dos grupos de autoajuda da Associação Maringaense de Saúde Mental (AMSM) – foi observado que tais grupos suprem deficiências da assistência, em função dos vazios nos serviços formais. Outro componente observado nesta área é o da concepção do “cuidado idealizado”, em que a expectativa em relação à atenção em saúde mental deveria ser que “a abordagem familiar com orientações adequadas deveria ser priorizada, pois a ausência de orientação é percebida como grande problema que surge para a família a partir do diagnóstico da doença.” (BRISCHILIARI et al., 2014, p. 33).

O Pescando Mentess⁸⁴, outro projeto, foi uma parceria entre a AMSM, o CISAM e o CAPS Canção, que originou recurso financeiro através da I Chamada para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental, conforme portaria GM 1169, de 07/07/05. Em 2009 o projeto assistia cerca de dez pessoas com transtorno mental que desenvolviam atividades de confecção de artefatos para pesca esportiva; o objetivo era geração de renda, resgate da autoestima de usuários, inclusão social e redução do estigma.

A AMSM está envolvida com os processos de planejamento e decisão existentes no município. Em 2001, a AMSM participou de comissão municipal para estudar e reestruturar o projeto de assistência em saúde mental em Maringá e, na atualidade, participa do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho do Hospital Psiquiátrico.

Segundo Vasconcelos (2007), existem muitas associações no Brasil que surgem a partir dos serviços, já que conceber a importância do movimento social organizado usualmente está associado ao grupo dos trabalhadores e profissionais defensores da causa, nos grupos do movimento de Reforma Psiquiátrica ou da luta antimanicomial (VASCONCELOS, 2007). Mas, no percurso posterior dessas associações, pode acontecer de permanecerem atreladas e dependentes desses serviços ou profissionais, em que “essa dependência é mantida por um viés paternalista, clientelista, assistencialista, ou mesmo centralizador, autoritário, possibilitando, inclusive, ganhos secundários, manipulações e corrupção.”

suas experiências de forma a demonstrar aos demais a eficácia do grupo, que ainda busca progressos.” (COSTA et al., 2010, p. 355).

⁸⁴ Por ocasião no Congresso do Cosems, o Projeto “Pescando Mentess” ganhou o 1º lugar na Mostra de Experiências Exitosas do Paraná. (COSEMS, 2011).

(VASCONCELOS, 2007, p. 198), com riscos políticos e institucionais para o movimento.

Também, para além de o nascimento estar vinculado a um serviço, tais dispositivos associativos podem construir um perfil autônomo, com importante ação política no campo da saúde mental, atuando como atores políticos na sociedade civil. Para isso, no entanto, é necessário o empoderamento desses grupos e a disposição de superar a dependência de saberes dos profissionais envolvidos.

Entretanto, a possibilidade de participação nos processos decisórios, como na formulação do planejamento das ações de saúde mental no município, ou, ainda, nos dispositivos de controle social, como representante de usuários e familiares em conselhos de saúde, não é suficiente para anunciar empoderamento e autonomia de gestão pela Associação. Em entrevista para esta pesquisa, ficou aparente a relação de dependência da entidade com profissionais da rede pública. Segundo relato, em um período de mudança de gestão municipal, o novo prefeito mencionou a intenção de reorganizar os serviços de saúde mental nos moldes do município de Santos/São Paulo e, democraticamente, disse para os membros da entidade: *“Vocês vão direcionando o que eu preciso fazer para isso”*. Mas, nesse momento, um profissional de carreira e integrante da gestão disse para os membros da Associação que não poderia dar as diretrizes: *“Eu não posso porque eu sou gestora, mas a Associação como uma entidade, uma ONG, pode. Eu vou falando para vocês o que vocês têm que fazer e vocês vão cobrando do homem”*.

Anteriormente, ainda no Capítulo 3 deste estudo, ficou explicitado o movimento de formação de dispositivos associativos intermediados por serviços e profissionais da área, e Maringá não fugiu a isso, resultando daí um importante comprometimento no empoderamento da sociedade civil, aumentando sua vulnerabilidade em relação à manipulação, já que, por si mesma, não introjetou os preceitos do movimento ao ponto de desenvolver sua própria capacidade crítica.

Claro está que esta relação subalterna das associações aos serviços pode resultar em comprometimento nos processos reivindicatórios e que adiante serão melhor detalhados.

5.7 NÚCLEOS DE ANÁLISE

A estratégia metodológica de análise das entrevistas e observações realizadas no campo foi detalhada anteriormente, usando-se a abordagem de Aguiar e Ozella (2006) – Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos –, que permitiu um vislumbre organizado das falas dos profissionais, usuários e membros da Associação.

A identificação dos núcleos de análise foi resultado de três etapas (pré-indicadores, indicadores e núcleos de significação) que, gradativamente, foram refinando os dados coletados para consolidação do material.

Este trabalho identificou três núcleos que, por similaridades ou contradições, representam os sentidos presentes nas entrevistas e observações realizadas nos locais da pesquisa. Identificar tais núcleos também foi constituído através dos significados apreendidos, pela pesquisadora, por ocasião dos estudos nos documentos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira, como os textos dos autores clássicos, as cartas dos movimentos, os relatórios das conferências e também dos documentos que norteiam a criação dos serviços incorporados na pesquisa de campo, base apresentada nos capítulos iniciais desta tese. Houve um olhar horizontal que debruçou sobre as categorias centrais deste estudo, para efetuar a vigilância epistemológica do constructo cidadania nas práticas de cuidado.

Optei por identificar cada um desses núcleos de forma interrogativa, para marcar, já no anúncio da discussão, as tensões e contradições identificadas nas entrevistas e observações realizadas.

5.7.1 Cidadania em relação ao tratamento ofertado?

Em oposição e contradição, estão situados os modelos biomédico e psicossocial que, de modo extremamente reduzido, visto que foram apresentados de forma detalhada anteriormente, um tem por foco a doença, os sintomas e o tratamento implicado na atuação do médico e na prescrição medicamentosa, e, o outro, o modelo psicossocial, tem a intenção de colocar a doença entre parênteses, para dar visibilidade ao sujeito em sofrimento, e estender o tratamento ao território e à multiplicidade da existência. Resgato neste momento essas premissas por

atravessarem esse núcleo de sentidos identificados nas entrevistas, que têm foco no tratamento.

Alguns trabalhadores registraram que a cidadania está atravessada pela oferta de um bom e adequado tratamento. E “bom tratamento” foi considerado por vários aspectos, inclusive em contraposição a um modelo biomédico “ruim”. Um profissional trouxe o histórico de uma pessoa com transtorno mental diagnosticada erroneamente por quarenta anos, o que demandou sucessivas internações em hospitais psiquiátricos: o usuário em questão tinha, segundo esse profissional, um transtorno bipolar e estava com diagnóstico e tratamento para esquizofrenia.

“Aí você fala: cidadania do paciente? Que cidadania eu posso imaginar sem um tratamento adequado?” (TRABALHADOR). Esse profissional chama a atenção para a qualidade do tratamento que estava sendo ofertado, que pode ser considerado como violação de direitos: *“Paciente tratado com diagnóstico de esquizofrênico desde 1977. Repetidas internações: uma atrás da outra. Uso de antipsicóticos de depósito. Como se interna 30/40 vezes e não se questiona?”* (TRABALHADOR).

Para ele, a falta de revisão nos diagnósticos está associada a uma gestão de serviços que privilegia quantidades de atendimento e não qualidades nos atendimentos: *“Um médico que vai cuidar de quarenta, cinquenta pacientes? Então está preocupado com a qualidade dos atendimentos? Não! É um sistema de atendimento que está vendo estatística.”* (TRABALHADOR). Neste caso específico, este usuário passou por vários profissionais fruto de uma organização de serviços fragmentada e sem conectividade. E aponta que a assistência é fragmentada, destacando que vários profissionais prestam assistência ao mesmo tempo. Ele está se referindo não à multidisciplinaridade que pode formar o escopo do tratamento, mas fala do campo em que pisa, o campo médico, pontuando que vários profissionais prestam simultaneamente assistência para a pessoa com transtorno mental. *“O sistema é fragmentado e, conseqüentemente, o paciente fica desassistido. Tem muita gente atuando no paciente. Cada um fazendo um pouquinho, mas a conta não fecha. Então veja: cada um tem seus interesses.”* (TRABALHADOR).

A questão do diagnóstico errado também foi abordada por um usuário:

Quando eu comecei o tratamento, que eu era alcoólatra, eu ia internado, ficava um ano sem beber e de repente recaía e começava e beber de novo. Daí voltava para o hospital, ficava internado mais um tempo, parava de beber. Saía. Ficava mais um tempo sem beber, recaía e voltava para o hospital. E foi assim umas quatro ou cinco vezes. Até que a doutora descobriu que eu

tinha esse problema de esquizofrenia. Daí começou a passar esse medicamento: o haldol, diazepam a carbamazepina e a clomipramina. Aí começou a passar esse medicamento para mim para combater a esquizofrenia e o alcoolismo e a ansiedade. (USUÁRIO).

O tom de indignação presente na voz do técnico não existiu na voz do usuário. Seu relato de diagnóstico errado, acompanhado de várias internações, não lhe causou estranheza, mesmo tendo gerado muitas rupturas na sua vida. Deixou transparecer certo conformismo, ou melhor, certa naturalização, sugerindo, nas entrelinhas, que, repetidas vezes ter sido internado, como consequência de um diagnóstico errado, é aceitável e comum. Ele acrescentou *“Aí comecei a fazer o tratamento. Aceitei o tratamento no CAPS ad onde eu tive uma melhora. Não tive mais recaída. Não tive mais problemas. Há 7 anos que eu não bebo mais. Fazendo tratamento e as terapias aqui no CAPS. Estou cada dia melhor.”* (USUÁRIO).

A questão do diagnóstico em saúde mental é algo bastante complexo, configurando-se, ainda na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica, como o pilar em que estão assentados os serviços. Já foi anteriormente mencionado que a inclusão de um novo usuário na RASS, sistema de consolidação das ações de saúde mental do CAPS, só é possível mediante a informação do CID. Além disso, o diagnóstico psiquiátrico tem a força de uma verdade supostamente neutra e científica, embora seja importante registrar que esse é um diagnóstico atravessado por premissas de mercado e pela subjetividade do avaliador.

De fato, é importante a questão apresentada por esse trabalhador, destacando que um diagnóstico correto também é base para o exercício da cidadania. E, claro, de posse do novo paradigma de cuidado proposto no modo psicossocial, um diagnóstico que cuida, além dos sinais e sintomas da doença, também da sua composição psicológica, social e cultural é condição para uma boa indicação de assistência integral e observa suas diferentes nuances.

Mas este mesmo trabalhador profissional que questionou de forma assertiva os erros no diagnóstico não demonstrou a mesma indignação em relação às inúmeras internações psiquiátricas prescritas em nome do tratamento. Suas palavras sugerem que a definição de outro diagnóstico, com uso correto da medicação, iria evitar as crises sugerindo que a internação ainda é o caminho potente para a crise, mesmo que o manejo da mesma possa e deva ser feito pelos diferentes dispositivos e atores: CAPS – em suas diferentes modalidades, serviços de urgência, leitos psiquiátricos em

hospitais gerais. Parece que, no imaginário social, o hospital psiquiátrico ainda é o lugar do louco.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) usam a terminologia *revolving door*, ou porta giratória, para explicar o fenômeno de cronicidade do tratamento através de sucessivas internações que não resultam em melhoria para os sujeitos. Rosolen (2016) pesquisou o fenômeno das reinternações psiquiátricas em Maringá e considerou que um dos desafios da Reforma Psiquiátrica, na contemporaneidade, é o cuidado em situações de crise.

O modelo psiquiátrico tradicional ainda assombra a efetivação das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, apesar de, nas entrevistas terem sido unânimes as manifestações favoráveis à humanização da assistência, o que não quer dizer que existiu unanimidade em relação ao cuidado realizado pelos hospitais psiquiátricos: *“Mas veja, sou contra fechamento de hospital psiquiátrico porque eles são necessários. São muitos pacientes e estamos cada vez mais fechando leitos psiquiátricos.”* (TRABALHADOR). Em Maringá, o hospital psiquiátrico é uma entidade privada conveniada com o SUS, com um total de 272 leitos, dos quais 240 destinados ao SUS e financiados pela união. Existiu um descredenciamento dos leitos SUS, mas, lamentavelmente, em 2013 foram novamente habilitados os 80 leitos descredenciados, agora maquiados como leitos para atenção aos usuários de álcool e outras drogas⁸⁵ (ROSOLEN, 2016). A política oficial preconizada pelo Ministério da Saúde prevê a redução gradual dos leitos existentes em instituições psiquiátricas para que o investimento nessa modalidade de assistência seja revertido para abertura de leitos psiquiátricos em hospital geral e, ainda, em serviços abertos de atenção em saúde mental, na modalidade CAPS, Consultório de/na rua, entre outros.

Manifestar posição favorável à existência dos hospitais psiquiátricos, de alguma forma sugere que o novo modelo de cuidado ainda não está consolidado, não havendo clareza de conhecimentos sobre ele. Para Bezerra (2007), na contemporaneidade não existe oposição explícita aos preceitos antimanicomiais, o

⁸⁵ “Falar destes 80 leitos da modalidade de Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas é uma dificuldade no município e nesta macroregional de saúde. Tais leitos devem ser implantados em hospitais gerais e são regidos pela Portaria n.148 (2012), que no artigo 9º dispõe que a distribuição destes leitos deve seguir o critério de não exceder 15% do número total de leitos do Hospital Geral, nem ultrapassar 30 leitos. No entanto, o Parágrafo único deste mesmo artigo permite que tais parâmetros possam ser ultrapassados em caráter de excepcionalidade desde que analisados pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.” (ROSOLEN, 2016, p. 62).

que existe é uma coexistência – ao mesmo tempo em que está posta a inversão do modelo asilar para os dispositivos em território, existem também premissas associadas ao biopoder embalando as práticas cotidianas.

A resistência às propostas reformistas aparece de forma indireta, na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de tratamento, na importação acrítica, para a Psiquiatria, do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso na utilização da nosografia descritiva dos DSMs, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, e assim por diante. Deste modo, o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema políticoassistencial hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética. (BEZERRA, 2007, p. 244-245).

E essa sutileza de oposição, que está no campo epistemológico e se transmuta em ações cotidianas, cria fissuras e contradições aos preceitos dos serviços e do cuidado em território. Nessa lógica de predominância epistemológica do biopoder, duas questões podem ser destacadas: de um lado, a formação dos profissionais de saúde, com hegemonia na abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada (CECCIM; FEUERWERKER, 2004); de outro lado, muitos dos atuais trabalhadores no campo mental não vivenciaram as violências que deflagraram os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, ainda que existam, na atualidade, gravíssimos casos de violações de direitos praticados pelos hospitais psiquiátricos, como os recentes acontecimentos na cidade de Sorocaba, que resultaram em interdição de hospitais. Mas, ao que parece, na contemporaneidade não existe muita visibilidade midiática para tais violências, restringindo-se aos espaços de debates em congressos e similares, organizados por entidades e cursos que comungam do ideário da reforma. Daí resulta que os espaços de diálogos e reflexões são restritos e nem sempre acessados pela totalidade ou grande parte dos profissionais da área.

Todos os profissionais entrevistados informaram não ter recebido nenhuma formação específica para atuação no dispositivo CAPS. Relataram que as formações que tiveram ou estavam associadas a experiências pregressas em dispositivos similares de atenção, ou – por experimentarem necessidade iminente de formação, pela estranheza sentida quando da inserção neste dispositivo – buscaram cursos de formação por iniciativas particulares. *“A capacitação é a prática do dia a dia.”* (TRABALHADOR); e acrescenta: *“A prefeitura chama concursados*

indiscriminadamente. Alguns trabalham bem e outros deixam a desejar.” Dessa forma, o “trabalhar bem”, neste contexto, acaba sendo configurado como algo do campo do indivíduo, desconsiderando um processo de gestão que tem diretrizes mais burocráticas do que com vistas às boas práticas de cuidado.

Ainda em relação à formação para o trabalho, a gestão municipal em si não oferece capacitação continuada ou suficiente para que os trabalhadores sintam-se preparados para a atuação na área:

Estou há cinco anos na saúde mental. Não tive capacitação específica para isso. Acredito que, se eu tivesse capacitação específica ou experiência anterior, seria mais fácil. A experiência que eu tive anterior de Programa Saúde da Família e que acaba ligando com o usuário também com transtorno acaba ajudando, mas é a minha bagagem. Em termos de serviço de CAPS, eu não tive experiência nenhuma. Inclusive na minha formação, eu me formei em 1999, antes do grande movimento de CAPS. Nem na minha formação eu não tive experiência nenhuma. (TRABALHADOR).

Esta sensação de despreparo para a atuação está confirmada no texto de Burali (2014, p. 92), que pesquisou o CAPS II Canção de Maringá:

Alguns experimentaram sensação de medo, insegurança, outros de impotência por não saberem lidar com as situações que aconteciam, fato que eles atribuem à falta de preparo e capacitação, tanto na formação (nenhuma delas ouvira falar de reforma psiquiátrica e CAPS durante a graduação), quanto na inserção no serviço, pois prestam concurso público para a área de saúde e, após aprovação, é que ficam sabendo as áreas para as quais serão designadas.

O Ministério da Saúde sempre ofertou projetos de capacitação para os profissionais da área, mas insuficientes para atender à demanda brasileira. Um desses projetos, importante, pois oferecia formação no próprio local de trabalho e com debates reflexivos com foco nos problemas/dificuldades localizados, foi o projeto de Supervisão Clínico-Institucional⁸⁶ em que

[...] cabe ao supervisor enfrentar ele mesmo o desafio do novo cenário de sua prática (o CAPS e a rede pública de saúde), ajudando a equipe a buscar permanentemente, em cada caso clínico, a construção dos conceitos operativos de rede (de serviços de saúde, de outras políticas intersetoriais, familiar, social, cultural, laboral) e de território (o lugar da vida do sujeito, suas

⁸⁶ O projeto de Supervisão Clínico-Institucional foi uma iniciativa do Ministério da Saúde que, atento à necessidade de qualificação das equipes de trabalho nos novos dispositivos de saúde mental, criaram um incentivo financeiro para os estados e municípios desenvolverem projetos de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS (QUALI-CAPS). Dados de 2012 apontam que, no período de 2006 a 2011, foram credenciadas 851 supervisões clínico-institucionais no país, com 46 dispositivos paraanaenses sendo contemplados. (BRASIL, 2012b, p. 24).

características culturais, suas interações significativas). Sujeito, rede e território articulam-se no projeto terapêutico, cujo objetivo final é ajudar o serviço e a rede a apoiarem o paciente e sua família na construção da autonomia possível. (BRASIL, 2007, p. 1).

A possibilidade de supervisão no próprio trabalho é preciosa e auxilia na resolução dos conflitos que eventualmente aparecem e que podem ser consequentes à presença, em um mesmo local de serviço, de múltiplas áreas e visões, que historicamente sempre atuaram de forma isolada e desconectadas, mas nem sempre comungaram dos mesmos preceitos:

Na nossa equipe a gente está dividida em duas visões. Uma visão mais psicossocial e uma visão mais biomédica. [...] Eu sou uma péssima pessoa para falar disso, porque eu sou a brigona. Inclusive hoje eu fui dar o dedinho para o médico, ficar de bem com ele porque acabo sendo a vilã. Porque eu fico super defendendo: a gente tem que lutar pelo SUS, a gente tem que lutar pelo CAPS. E na reunião é: Ai droga, a fulana (fala o próprio nome) já começou a falar. (TRABALHADOR).

Esses conflitos podem ser saudáveis quando bem conduzidos para sua superação e o fortalecimento de práticas de cuidado, mas podem também ser desgastantes, como neste caso, em que a fala do trabalhador é desqualificada a priori, em função da marca de questionador que carrega, inviabilizando qualquer provocação reflexiva que possa ofertar ao grupo. Nesse sentido, a prática da supervisão é bem vinda e serve como estratégia de articulação de conflitos e de revisão e superação de práticas.

Mais recentemente existiram, ainda por parte do Ministério da Saúde, várias iniciativas formativas, como o Projeto Percursos Formativos na RAPS, de 2013, que tinha por objetivo o intercâmbio de experiências entre profissionais e a circulação de saberes em várias áreas temáticas as quais, pela diversidade, anunciavam a complexidade do campo: Atenção à crise em Saúde Mental, Saúde Mental Infantojuvenil, Saúde Mental na Atenção Básica, Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Outro projeto foi o de Ensino a Distância, com oferta de mais de dez mil vagas e cursos a distância em três áreas: Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas, Saúde Mental Infantojuvenil e Atenção à Crise em Saúde Mental (BRASIL, 2015b, p. 38). Mas tais iniciativas, ao que parece, configuraram-se como uma gota em um oceano de carência de formação do formato de cuidado proposto pelos novos dispositivos.

Ainda em relação ao tratamento ofertado, foi observado o foco centrado no profissional médico e no tratamento medicamentoso principalmente entre os usuários, conforme alguns depoimentos aqui reproduzidos.

“Eu vou até enquanto o médico falar. Se um dia ele der alta para mim, se ele falar para sair eu saio. É que também tem que ter vaga para outras pessoas. E se não sair ninguém como é que vai fazer?” (USUÁRIO). E ainda outro depoimento: *“Tomando o medicamento, fazendo as terapias e obedecendo às ordens do médico vive tranquilo, sossegado.”* (USUÁRIO). O tratamento atual desse último usuário transcende a consulta médica, visto que participa de outras atividades, mas, também para ele, o tratamento ainda está focalizado em consultas e medicamentos. Ele faz parte de um serviço que está em transição entre o antigo CISAM e o CAPS III. *“O problema é que eu sou esquizofrênico.”*

De primeiro eu ouvia vozes, tinha visões. Pensava matar minha esposa. Agora não. Já passou. Passou tudo isso. Tinha 22 anos quando começou. Faz 15 anos que estou em tratamento. Esse ano eu comecei a melhorar. Fiz tratamento no CISAM. O tratamento é consulta com psiquiatra. (USUÁRIO).

Mesmo considerando que esses usuários fazem tratamentos que englobam diferentes esferas do saber, em equipes multidisciplinares e com ações interdisciplinares, a marca e valoração do tratamento psiquiátrico ainda são as predominantes. Segundo Severo e Dimenstein (2009), o medicamento ocupa um lugar simbólico no tratamento em saúde mental.

A noção de causalidade psíquica nas classes populares que procuram o tratamento ambulatorial pressupõe algo da ordem do científico, do somático, em detrimento do exame psíquico introspectivo comum nas classes médias altas (Bezerra Júnior, 2001). Os códigos culturais e linguísticos são diferenciados acentuando ainda mais a dificuldade de compreensão acerca do diagnóstico. Desse modo, o medicamento é o principal recurso terapêutico buscado por essa população, por compreendê-lo como algo que agirá sobre o corpo doente e que possibilitará o retorno das atividades anteriormente exercidas como o cuidado dos filhos e do exercício do trabalho. A demanda por tratamento deve ser compreendida pelos terapeutas como algo expresso através de códigos culturais diferenciados, alargando as possibilidades de intervenção para além do recurso medicamentoso e dos exames laboratoriais. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009, p. 63).

Essa concepção cultural biopreponderante no tratamento, em detrimento dos aspectos psicossociais ofertados pelo serviço, mascara a relevância do cuidado ampliado pela lógica da multiplicidade do viver. O depoimento de um usuário, morador

de uma Residência Terapêutica, com histórico de longa internação em hospital psiquiátrico, e que atualmente participa de um grupo musical chamado Delírius, é emblemática no potencial terapêutico de ações extraconsultas/medicamentos:

Para mim já está bom aonde eu cheguei. Minha vida é um sonho. Quem diria? Eu fui criado na roça. Minha vida era cantar no meio da roça. Cantando música. Fazendo piada e dando risada. Desde meus 17 anos, não, desde 14 anos o desejo era ser músico. Se eu tivesse escutado algumas pessoas eu nem estava no grupo mais. Quem me incentivou foram as fulana e beltrana (e nomeia duas profissionais do serviço). Eu não gostava. Eu não gostava porque eu nunca pensei que fosse chegar onde cheguei. Nós fomos na televisão, passamos na Band! (USUÁRIO).

E esse usuário que agora é músico comentou, em tom de desabafo, em um grupo operativo de que eu participei como observadora: *“Pensei que nunca fosse sair do Hospital. Eu não tinha roupa minha no hospital.”* Considerando este aspecto, o da usurpação da identidade, em que os sujeitos nada têm de seu dentro do hospital, a história dos hospitais de Sorocaba:

[...] revelou a violação de vários direitos dos internos: direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares, ao melhor tratamento do sistema de saúde, a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, à assistência integral e multidisciplinar, a ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde, à inserção social e comunitária, à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida. (GARCIA, 2012, p. 116).

Esse percurso, migrando de quem não tinha nada de si – pelo processo de expropriação identitária que acontece no interior no hospital – para a construção de uma identidade de músico é consequência, sem dúvida, de algo para além das consultas médicas e do uso de medicamentos; afinal, nos anos em que estive internado, nunca faltou tratamento pautado por esses dois procedimentos. E o usuário fez uma fala emblemática: *“Eu me sentia péssimo quando estava no hospital. Eu pensava que nunca conseguiria sair de lá, mas aquele poderoso lá de cima é mais.”* Salvo por Deus! Parece que para esse usuário apenas algo ou alguém do campo divino poderia se contrapor ao poder do hospital psiquiátrico. Ao que parece, sem isso ser claramente percebido ou exposto na fala deste usuário, a arte foi fundamental para sua inserção e (re)construção de identidade: de louco asilado e segregado, despotencializado para a vida, para músico.

Nessa linha da arte, Amarante (2007) lembra a dimensão sociocultural como estratégica no modo de cuidado psicossocial, já que, além de dar visibilidade para as potencialidades dos sujeitos, estimula reflexões na sociedade sobre o tema da loucura e da potência de vida dos loucos. O novo lugar social para os diferentes necessariamente perpassa por essas reflexões. Em relação ao tratamento, Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 30) pontuam que

O problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos.

Essa composição do tratamento em liberdade é diametralmente oposta à do hospital psiquiátrico; e, mesmo existindo a manifestação por alguns entrevistados sobre a importância da manutenção dessa instituição, foram vários comentários sobre a pouca efetividade desse tratamento. Um trabalhador da área da psiquiatria compara o atendimento dos dois serviços:

O hospital psiquiátrico não funciona respeitando os direitos. O paciente é visto uma vez por semana. Eles não recebem alta com declaração do que foi feito. No hospital existe violação de direitos. Aqui estamos tentando definir declaração já na primeira consulta com definição de hipótese diagnóstica.” E acrescentou informações sobre o tempo destinado às consultas: “Alguns profissionais não respeitam o tempo de atendimento, que aqui foi definido em 40 minutos para pacientes de primeira vez e 30 minutos para pacientes de retorno. Estes são atendimentos de verdade. (TRABALHADOR).

Este profissional retomou o que foi dito por outro trabalhador, já exposto neste texto, sobre a valoração da quantidade em detrimento da qualidade na assistência, que nesse caso perpassa também pela possibilidade de tempo para uma escuta qualificada.

Um integrante da associação relatou a história de seu familiar, comentando que o mesmo teve que interromper o uso de determinada medicação em razão de um efeito colateral de impregnação pelo uso de um tipo de medicação antipsicótica, resultando em crise e em internamento no hospital psiquiátrico:

O doente crônico teria que ter um pouco mais de atenção. Meu cunhado acabou de sair de uma internação de 45 dias e saiu pior do que entrou. Ele

teve que parar a medicação porque travou a boca e ele foi para lá em função disso. E ele saiu tomando a mesma medicação. Está faltando uma interação maior. (AMSM).

Trago novamente a discussão anterior apresentada por um trabalhador, apontando para a existência de muitas “mãos” atuando isoladamente sobre um sujeito em sofrimento e alertando para o fato de que *“a conta não fecha”* (TRABALHADOR). Essa interação mencionada pode estar associada à questão da rede de assistência. No caso desse usuário em especial, ficou esclarecido na entrevista que ele fez tratamento no CAPS por longo tempo, mas *“daí abandonou ... não dá para amarrar”*, demonstrando bom-senso no sentido de não obrigá-lo a fazer o tratamento em um local que não deseja, mas, ao mesmo tempo, é importante pontuar que o local de cuidado indicado para assistência, a unidade de saúde, não tem preparo para fazer o acompanhamento necessário: *“Ele xinga as pessoas. Eu não posso tomar a frente. Os profissionais de saúde parecem que têm medo de agressão. E os profissionais de saúde não investem no tratamento do meu cunhado.”* (AMSM).

Estar, de alguma forma, abandonado pela rede de assistência abre espaço para que o usuário seja acolhido pelo serviço disponível: o hospital psiquiátrico, que, à parte da rede e da concepção multidimensional da crise, separa, encarcera, medica e devolve o sujeito sem preocupação com a qualidade ou as necessidades dos usuários e de seus familiares. Daí o questionamento desse familiar: *“Como é possível ser internado por um motivo – ficar em acompanhamento na instituição por 45 dias, e ser devolvido para a família da mesma forma que entrou? E agora? Ele não quer o CAPS e a rede básica não o quer?”*. Constituição e efetividade de ações em rede são uma das questões fundamentais para pensar algum padrão de qualidade e resolutividade nas novas formas de cuidado. Segundo Bourguignon (2001, p. 4)

[...] o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal.

Para este trabalho, e apenas para fins de facilitação didática, vou abordar a temática da rede por dois prismas: a rede no interior dos serviços de saúde e a rede formada pelos diferentes serviços e atores, que se equacionam e complementam no

que é comumente chamado de rede intersetorial⁸⁷. Dessa forma, um serviço encaminhar um usuário para o outro serviço, seguindo um protocolo de fluxograma, não significa trabalho em rede. O respeito a um direito, no caso desse usuário, de não ser acompanhado no CAPS pode gerar o desrespeito a outro direito, que é o de receber um tratamento adequado.

Um dos aspectos da rede, aquele que está associado à questão da definição das competências por nível de complexidade dentre seus diferentes dispositivos, ainda demanda definições e estudos de fluxos. Vale lembrar que o SUS é constituído por uma rede territorial baseada na hierarquização dos serviços, conforme um crescente de complexidade; e a rede de saúde mental não foge a essa lógica, tendo, assim como no sistema geral de saúde, nos serviços primários a base das ações. O Paraná em 2011 lançou o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), propondo uma nova lógica de organização da Atenção Primária à Saúde, com a opção por redes prioritárias, dentre elas a Rede Mãe Paranaense (materno-infantil); Rede Paraná Urgência; Rede de Atenção ao Idoso e a Rede de Saúde Mental.

A proposta do APSUS é dimensionar os serviços pela sua complexidade, definindo a população adscrita a cada dispositivo, segundo princípios de estratificação de risco. Realiza-se esse procedimento considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, mas apenas considerando o descrito em seis grupos⁸⁸ que investigam, incluindo – além de sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns e aos mentais severos e persistentes – também aspectos sociais e de proteção (PARANÁ, 2014).

Maringá adotou esse instrumento de estratificação de risco como regulador da porta de entrada nos diferentes dispositivos de saúde mental no município, já

⁸⁷ As redes intersetoriais “são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.” (BOURGUIGNON, 2001, p. 6).

⁸⁸ A estratificação de risco prevista no APSUS Saúde Mental (PARANÁ, 2014, p. 12) propõe que a avaliação dos sujeitos será feita a partir de sinais e sintomas que “foram divididos em seis grupos, de acordo com a frequência em que se apresentam nas respectivas síndromes psicopatológicas, e foram pontuados de acordo com o nível de gravidade”. Os seis grupos definidos foram: GRUPO I – sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns (TMC); GRUPO II – sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes; GRUPO III – sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas; GRUPO IV – sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ ou na adolescência; GRUPO V – sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos; GRUPO VI – fatores que podem se constituir em fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificados.

existindo relato de lista de espera dos encaminhamentos efetuados pelos serviços da atenção básica para o CAPS III, registrando que a Atenção Primária à Saúde

[...] ainda tem insegurança em relação à estratificação de risco, existindo encaminhamentos para o CAPS III que deveriam ser absorvidos pela APS, e neste sentido, pensam em fazer um dicionário da estratificação como reforço na formação dos profissionais da unidade. Considero que existe uma dificuldade, principalmente da classe médica, em assumir os casos de saúde mental e, como estratégia de ação, estão fazendo encontros do grupo do CAPS e ESF em conjunto para realizarem juntos a estratificação de risco e, dessa forma, desenvolver um projeto de formação em serviço. (TRABALHADOR).

Tais ações de apoio matricial são importantes para suprir as equipes de informações e apoio, diminuindo a solidão de um cuidado para o qual muitos profissionais ainda não se sentem preparados.

Os protocolos e fluxos são importantes na medida em que organizam e direcionam as ações; mas, para além da burocracia, eles não devem aprisionar as ações. Um profissional entrevistado explicou que foi realizada uma divisão administrativa da cidade em duas regiões – o CISAM/CAPS III é referência para aproximadamente 60% das Unidades Básicas de Saúde, e o CAPS II Canção ficou com 40%. Aconteceu, entretanto, episódio em que um “usuário que não era da nossa região e que queria muito ser atendido aqui, nós respeitamos e passamos por cima da normativa.” (TRABALHADOR).

E quando a rede a ser constituída é com a emergência ou com o hospital psiquiátrico?

Tem algumas dificuldades de integração com outros dispositivos. Por exemplo, a emergência psiquiátrica tem alguns psiquiatras que a gente pode contar bastante e que eles atendem aqui também. Então a gente troca muita figurinha. Se for o caso de uma crise e o paciente passar por lá esse psiquiatra vai pensar um pouco mais antes de mandar para o HP, que é um hospital psiquiátrico, que tem tratamentos distintos pelos relatos dos usuários. Então aí funciona bem. Agora, tem psiquiatras que a gente não tem tanto contato. E também temos um Portal de Prontuário eletrônico que não está integrado com a Emergência Psiquiátrica. Então, se o usuário passar por lá, a gente só sabe se ele comparecer aqui. [...] É preferível que vá para a emergência que tem profissionais com uma cabeça melhor no sentido de atuação mais de rede do que no HP. No HP vai ter uma internação de 30 dias, ou algo assim. O tratamento é diferente. Não tem esse sistema que a gente tem de rede substitutiva, que pode participar de grupos. Até tem profissionais que já trabalharam lá e que dizem: ‘a gente só fazia evolução para constar lá mas o trabalho efetivo não acontecia’. (TRABALHADOR).

Evoluir em prontuário sem ter efetivado o serviço? Parece uma revelação bastante preocupante e confirmadora da pouca efetividade deste serviço. Outro aspecto relevante na fala desse profissional é que o trabalho em rede funciona mais por iniciativas pessoais desse ou daquele profissional do que por protocolos instituídos, ou ainda por pactuação do serviço com mudança de paradigma.

Mas com a emergência psiquiátrica e com o Hospital Psiquiátrico não há rede. Não há comunicação nem quando chega nem quando sai. Um caso ou outro que chega até nós. Sabemos que muitos pacientes que saem da internação e que deveriam ser encaminhados para nós, e não são. Então essa rede é bem complicada. Uma ação de um desses serviços pode anular o trabalho do outro. (TRABALHADOR).

Vale a pena reforçar a fala dessa trabalhadora que afirma que a ação de um serviço pode anular a de outro, possibilitando que uma internação possa pôr a terra no projeto terapêutico de um usuário, que eventualmente foi construído no CAPS, mas envolvia diferentes atores, inclusive os familiares.

Parece que não existem dúvidas sobre a importância em espalhar o cuidado pelo território, através da constituição de ações em rede:

Está tudo muito ligado. Hoje eu percebo também que a gente precisa muito dessa rede. Essa rede é muito importante. Quando o paciente chega aqui para o acolhimento, uma das primeiras coisas que a gente pergunta é qual o Posto de Saúde que ele está inserido. Porque daí a gente pode entrar em contato com as psicólogas de lá, ver um grupo de lá, e sempre elas estão ligando aqui e em outras ligações também como grupos de igreja Tudo para que ele seja inserido em um lugar no ambiente dele. (TRABALHADOR).

Outro trabalhador aponta para uma dimensão diferente em relação ao acessar a rede: “A gente consegue acessar bem a rede. Toda a vez que eu tive que acessar foi tranquilo, foi bacana. Tive uma boa acessibilidade, A gente conseguiu fazer as coisas juntos. Eu vejo que a gente tem dificuldade em entender que esse paciente não é nosso.” (TRABALHADOR). Ou seja, a questão é considerar o cuidado em rede como premissa que atravessa o tratamento, não restringindo a atenção a um único dispositivo:

O Fulano (e cita o nome de um usuário do serviço) está aqui há uns cinco anos e ele está estabilizado há muito tempo. Ele não é mais nosso. Mas a gente gruda o Fulano com a gente. A gente tem essa dificuldade de fazer essa reinserção do usuário na comunidade. E quando a gente vai ver, passou o tempo. Por incrível que pareça, fica mais fácil com a gente aqui do que fazer essa reinserção. Aqui é um lugar seguro, um lugar confortável e vai ficando

bom para todos, mas a pessoa deixa de avançar: Até às vezes a gente diz: tem que achar alguma coisa na comunidade para fulano porque ele está bem. Então ele tem que começar ir para a casa dele. Fazer as coisas lá. Aí falam assim: Se ele parar de vir aqui, ele vai surtar. Mas gente, se surtar, volta. A ideia é ser uma casa de passagem e não ficar o tempo todo aqui. E é difícil esse movimento. Essa ideia eu tenho na cabeça: que tenho que pensar na rede, reinserir, mas na hora de pôr em prática eu muitas vezes acabo deixando. (TRABALHADOR).

Este depoimento tem importância analítica na medida em que deixa aparente algumas questões: a perspectiva de acionar a rede apenas quando existe a possibilidade de alta do serviço; a associação entre alta e surto sugere certo preconceito no sentido de que somente o CAPS dá conta da crise; ou ainda que surto é sinônimo de falta de êxito.

Yasui (2010, p. 68) alerta para a história da psiquiatria reformada, na Europa e nos Estados Unidos, em que “a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados pontuais e fragmentados”.

É nesse cenário que os atores dos movimentos sociais – e dentre eles a Reforma Psiquiátrica – encontram seu grande desafio: não apenas negar o manicômio, mas produzir e inventar espaços de encontro para a problematização do cotidiano, para formulação de novas questões; espaços para produção de rupturas, para radicalização das contradições; espaços para a afirmação da vida. (YASUI, 2010, p. 71).

Assim, o cuidado em rede deve compor o pensamento do trabalhador no novo cenário de tratamento, sob pena de estar reproduzindo o velho no contexto do novo. Essa questão fica aparente por este depoimento:

Tinha um outro paciente que estava esquecido pelo serviço. Ele vinha aqui e fazia as atividades. Daí eu conversei com a mãe e fazia uns três, quatro anos que ele estava bem. Que começou a trabalhar na empresa da família, começou a trabalhar na imobiliária da família. Ele era surdo e ele saía com os amigos surdos dele. E o que ele estava fazendo aqui? E aqui ele nunca aceitava participar de nenhuma atividade porque era chato para ele. Aí conversei com a mãe dele e com ele, mas ele pediu para esperar mais um pouco. Depois de algum tempo conversamos novamente e ele quis a alta. Mas não é um caso em que eu busquei a reinserção social. Ele já tinha. Esse buscar a reinserção social é muito pouco. (TRABALHADOR).

Pelo discurso de alguns profissionais, as ações em rede estão mais próximas do repertório dos assistentes sociais. “A assistente social faz isso muito bem. Ela fala: tem tal coisa lá, tal coisa. Falei: nossa, que lindo esse pensamento seu. Porque ela consegue visualizar para fora”. (TRABALHADOR). Ou ainda: “A assistente Social tem

ido bastante atrás dessa questão: quando os direitos estão sendo violados". (TRABALHADOR). E também: *"Tem casos que a Assistente Social já entrou em contato com as piscinas públicas para aula de natação"*. (TRABALHADOR). É provável que isso tenha relação com as especificidades do campo, já que, por formação, as assistentes sociais apresentam maior clareza das ações em rede. O problema é cristalizar essas especificidades, gerando algum nível de naturalização do que, no fundo, deve ser superado.

Mas essa lógica da dificuldade de inserção em rede pode estar presente no imaginário dos usuários. Um membro da AMSM comentou que, quando avaliada em uma unidade básica de saúde, foi-lhe sugerido a inserção em diferentes dispositivos. A psicóloga falou de três lugares para ela frequentar: a Associação o Roupeiro Santa Rita e os outros dois ela não lembrou. Mas relata ter ido ao Roupeiro, não gostando. Complementa que gostou mais da associação: *"Gostei do ambiente, das pessoas, da diretora do Projeto Girassol."* (AMSM).

Existe a concepção de alguns usuários que manifestam algum conforto em frequentar apenas o dispositivo CAPS, considerando que no pós alta possam retomar vida e projetos. Um usuário comentou que interrompera seus estudos no ensino médio, mas que tinha o desejo de voltar a estudar: *"Eu estava estudando aqui no CAPS. Mas eu não estava estudando no meu livro mesmo. Eu estava estudando só o primário. Mas a escola parou. Eu gostaria de voltar para a escola, mas voltar no ano que eu estava estudando."* E, quando questionado sobre buscar escola regular para dar continuidade ao ensino médio, ele diz: *"Eu estou esperando. Esperando porque eu tomando esses comprimidos a minha cabeça não fica muito boa, principalmente a memória. E eu dependo muito da memória para estudar. Então eu... vamos ver se eu parar aqui daí eu vou procurar."* (USUÁRIO). Isso indica que existe a alta está sendo considerada pelo princípio da alta medicamentosa.

Vale pontuar a existência de efeitos colaterais das medicações que usam. Em um artigo sobre *recovery*, Deegan (1995, p. 2-3) relata o que lhe aconteceu aos dezoito anos, por ocasião de sua terceira hospitalização:

Eu perguntei ao psiquiatra que estava me atendendo 'O que está errado comigo?' Ele disse 'Você tem uma doença chamada esquizofrenia crônica. É uma doença como a diabetes. Se você tomar medicações pelo resto de sua vida e evitar o estresse, então, talvez você possa enfrentá-la.' E quando ele falou aquelas palavras, eu pude sentir o peso delas esmagando minhas já frágeis esperanças, sonhos e aspirações para minha vida. [...] Quando o

futuro é fechado desta maneira, então, o presente perde sua orientação e torna-se nada senão uma sucessão de momentos sem relação.

Esse depoimento de uma usuária, que posteriormente se graduou em Psiquiatria, carrega o relato do grande esforço que fez para sair da morte em vida frente ao diagnóstico e também dos efeitos colaterais dos medicamentos⁸⁹.

Antes de tudo, para tornar-nos participantes ativos em nosso próprio processo de recuperação, muitos de nós nos encontramos em um momento de grande apatia e indiferença. É um tempo de ter um endurecido coração. De não: cuidar de mais nada. Esta é uma hora em que nos sentimos estar entre os vivos-mortos: sozinhos, abandonados e à deriva sobre um mar morto e silencioso sem curso ou sustento. Se eu voltasse meu olhar para trás, poderia ver a mim mesma aos dezessete anos, diagnosticada com esquizofrenia crônica, drogada com Haldol e sentada em uma cadeira. Como eu conjuro a imagem, a primeira coisa que posso ver são os dedos amarelos manchados de nicotina daquela garota. Eu posso ver seu arrastado, rijo e drogado caminhar. Seus olhos não dançam. A dançarina colapsou, seus olhos são escuros e fitam interminavelmente em lugar nenhum. (DEEGAN, 1995, p. 3).

Romper esse processo de desencanto também é uma tarefa do campo de cuidado. Deegan (1995, p. 5) manifesta sua apreensão em relação à interpretação, por parte dos profissionais, dessa atitude de apatia:

Naturalmente, o grande perigo é que o pessoal não reconheça a intensidade da luta existencial que a pessoa que é dura de coração⁹⁰ está se debatendo. O perigo é que o pessoal dirá simplesmente, "Oh, esta pessoa tem somente um pouco de sinais negativos⁹¹ e sintomas e isto é um pobre prognóstico e não devemos esperar muito dessa pessoa." Ou o pessoal pode tornar-se judicioso e dispensar-nos sendo relaxados e desmotivados. Ou o pessoal pode sucumbir ao seu próprio desespero: e simplesmente escrever sobre nós como sendo "baixo funcionamento".

Considerar os sujeitos para além dos sintomas (que podem também ser efeitos colaterais do uso de medicamentos psicotrópicos) e ver a vida que considere um outro formato de concepção do que seja a loucura, do que seja o êxito, do que seja a alta, entre outros.

O dia a dia no CAPS está composto, segundo o apurado, por diversas atividades: grupos operativos, atividades físicas como o alongamento, artesanato

⁸⁹ Alguns dos medicamentos psicotrópicos têm muitos efeitos colaterais como: parkinsonismo, discinesia tardia, sonolência, boca seca, visão turva, ganho de peso, entre outros.

⁹⁰ A expressão "dura de coração" é explicada por Deedan (1995) como uma estratégia emocional do usuário para evitar o sofrimento, já que é o "coração que pode quebrar".

⁹¹ No quadro de esquizofrenia, os manuais diagnósticos têm definido como sinais negativos: falta de motivação e apatia, embotamento afetivo, isolamento social.

como pintura e crochê, culinária, grupo de poesia, oficina de música, entre outros. A atividade é organizada e os usuários presentes são convidados a participar, mas *“eles têm o direito de participar ou não das atividades. Existe o papel da técnica de suporte que dá suporte para aqueles que não querem atividades.”* (TRABALHADOR). Esta é uma atitude respeitosa, com certeza, mas vale problematizar um pouco a adesão/não adesão para além do campo do desejo/não desejo, e buscar algumas reflexões como, por exemplo, a apatia enquanto desencanto e falta de perspectiva na vida, a apatia enquanto efeito medicamentoso, a apatia enquanto reflexo de uma organização de oficinas que não atenta para os talentos e interesses dos usuários, a apatia frente ao desperdício de tempo e de vida de usuário que, com nível de escolaridade de ensino médio, realiza atividades escolares próprias dos anos iniciais do ensino fundamental; enfim, essa é uma questão que chama uma maior problematização pela perspectiva de Deegan (1995, p. 2), quando afirma:

O objetivo do processo de recuperação não é tornar-se normal. A meta é abraçar nossa vocação humana de nos tornarmos mais profundamente, mais inteiramente humanos. A meta não é a normalização. A meta é nos tornarmos únicos, impressionantes, jamais sermos seres humanos repetidos como nós somos ditos ser.

Em último caso, quem estabelece as diretrizes do cotidiano de cuidados deveriam ser os usuários que merecem ter maior visibilidade na definição de seus projetos já que, no fundo, representam, para eles, projetos de significação da vida. Conforme explicitado anteriormente, não existe capacitação para a atuação em CAPS; por isso, muitas oficinas desenvolvidas no serviço são definidas pelas competências individuais dos trabalhadores e não por demandas/interesses/desejos dos usuários. *“Como não há uma capacitação específica, a gente vai aprendendo. Como se diz, tocando a roda com o carro andando. Vai trabalhando, tentando colocar o máximo da nossa formação básica aqui dentro.”* (TRABALHADOR). As oficinas deveriam ser muito mais do que momentos de produção de objetos para se constituírem em momentos de acolhimento, escuta, interação e produção de vida.

Isso posto, a relação de cuidado em saúde mental que está prevista na dimensão técnico-assistencial (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010) também está presente nas falas dos entrevistados, embora também fique explicitada uma práxis bastante atravessada pelos princípios do modelo asilar, em questões como o foco na consulta, na definição do diagnóstico, no medicamento, na fragmentação da

assistência, nas dificuldades de trabalho em rede. Por outro lado, existem profissionais e usuários produzindo vida para além da morte, a exemplo dos usuários que vivem em Residência Terapêutica e que, ao subirem em um palco e tocar um instrumento musical, ressignificam suas existências.

5.7.2 Cidadania e o olhar sobre a pessoa com transtorno mental?

Quem são esses sujeitos que recebem assistência nos novos dispositivos de cuidado? Como eles estão sendo percebidos? Para alguns profissionais, essas indagações fazem parte de um processo reflexivo que atravessa a assistência, sendo uma questão fulcral e constitutiva da relação estabelecida com os sujeitos em tratamento. A resultante dessas reflexões pode constituir-se em potenciais indicativos de relações verticalizadas ou horizontalizadas. Tal análise permite também maior compreensão sobre qual a concepção de cidadania que se está configurando.

Pelo estudo realizado, foi identificada uma forte concepção de humanização para o tratamento das pessoas com transtorno mental. Essa perspectiva mantém relação com, para além da doença, o reconhecimento desses sujeitos como um igual. Segue uma amostra dessa perspectiva:

Um dia um paciente me perguntou: Eu sou igual a você? Eu falei: É, porque nós temos os mesmos sentimentos. Do mesmo jeito que eu fico triste ele fica triste. Do mesmo jeito que ele fica feliz eu fico feliz. Só não está tendo condições de ter um equilíbrio nesses sentimentos. (TRABALHADOR).

Eu trabalho com psicanálise lacaniana, então penso que eles também têm, como qualquer outro sujeito neurótico que seja, qualquer estrutura que seja, de se haver com aquilo que emerge deles, de dentro deles, deles em reação ao outro, de se haver com os desejos, de se haver com as demandas, de se haver com as dificuldades, com as emoções agressivas ou amorosas, enfim. Isso implica uma ética. Ninguém vai fazer por eles o manejo do que eles sentem. (TRABALHADOR).

“O que me encanta no CAPS, na ideologia do CAPS é essa questão da reinserção social. De trabalhar com o ser humano, tratando a pessoa como um humano.” (TRABALHADOR). Esses três relatos mostram um pequeno recorte das entrevistas, mas, de uma forma geral, são representativas das falas dos demais entrevistados – sugerem postura humanista e com perspectiva de igualdade. Mas, sob pena de banalização do conceito de humanização, isso deve ser mais bem problematizado.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Assim, a proposta aqui é problematizar o conceito de humanização pela lógica de uma ética, estética e política, conforme considerado nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que é transversal ao cuidado no âmbito do SUS. Anterior a isso, porém, vale marcar que o constructo da humanização está implicado com o cuidado em liberdade, longe do enclausuramento existente no modelo asilar, visto que humanização está umbilicalmente vinculada ao princípio relacional: “efeito concreto de relações entre sujeitos e coletivos, cujos encontros, diferenças, paixões e desavenças os tornam mais potentes, mais sensíveis às necessidades uns dos outros e mais dispostos a novos encontros.” (BRASIL, 2015c, p. 9).

A humanização, como uma composição ética, estética e política implica olhar o outro para além de uma solidariedade humanitária. A posição ética no cuidado está relacionada ao reconhecimento do outro, em atitude de acolhimento das diferenças e dos seus modos de sentir e de estar no mundo. Estética pode ser compreendida em uma perspectiva de encontros – que “contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade” (BRASIL, 2010, p. 6) – e, ao mesmo tempo, político, na perspectiva de ser um compromisso de construção coletiva, com vias à potencialização do protagonismo.

A PNH considera as experiências concretas de vida dos sujeitos envolvidos para a construção dos projetos de cuidado, efetivadas através de ações horizontais que possibilitem a participação dos diferentes atores, com vistas nos potenciais e contribuições de todos.

[...] a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Os termos postos aqui em contraste não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados, então, a inverter uma afirmação do senso comum de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para em seguida aplicá-los a uma realidade. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391).

No cuidado diário em um serviço CAPS, muitos são os olhares debruçados sobre os sujeitos que sofrem. No entanto, quando a concepção de humanização migra de um pressuposto de respeito humano para o pressuposto de encontro dialógico com

o outro, com o propósito de aumento de autonomia e de potência, a análise do que foi dito e observado na pesquisa de campo deve situar-se para além da solidariedade observada. Trago aqui alguns depoimentos:

No dia a dia eu vejo que eu sempre tenho que fazer o esforço de retomar essa coisa: vou olhar ele como um humano. Porque acaba ficando muito corriqueiro. Encontra a pessoa sempre e tem hora que tipo: ele está falando coisas que eu nem vou dar bola porque ele fala mesmo. Que nem o Fulano (e cita o nome de um usuário) vai contar uma história. As histórias do Fulano sempre são grandes, dramáticas. Aí você pensa: Ah droga, por que eu fui falar oi para ele? Porque começa toda a história. Então é sempre buscando essa... não... respira fundo porque você está aqui para ouvir essa pessoa. Para tratar ele como uma pessoa de verdade, respeitando ele como pessoa. Então se ele quer falar então eu vou olhar e vou prestar atenção nele. E não conversar com ele olhando no celular. Ou tentar sempre ser educada com eles porque acontece muito nem preciso pedir licença, ou dar oi ou falar tudo bem. Então se eu estou conversando e alguém me chama eu falo: licencinha porque eu vou lá ver o que estão precisando. Então é essa coisa de educação mesmo. Que isso às vezes acaba faltando para eles. Isso falta no mundo lá fora, na família e no próprio serviço. (TRABALHADOR).

Esse depoimento é bastante emblemático, pois apresenta uma preocupação do profissional em manter postura de acolhimento, visto que, para ele, a escuta ética faz parte do seu papel. Mas, ao mesmo tempo, esse acolhimento está mais no campo da boa educação e do cumprimento protocolar de uma tarefa, do que no campo de um encontro potencializador de vida. Em outras palavras, na medida em o profissional apresenta a escuta como cumprimento de tarefa, ele está sugerindo que não consegue imprimir nenhuma significação para aquela escuta.

Este trabalhador complementa:

Porque vai indo a gente vai caindo na mesmice do dia a dia. E daí quando você vê está prestando mais atenção em você ou nos colegas. Onde você chega... ah: encontrei o Fulano (cita o nome de colega de trabalho), que é minha amiga e fico mais prestando atenção nela, no Beltrano (nome de outro colega de trabalho), no Sicrano (outro colega de trabalho) que são meus amigos, do que nos pacientes. Aí você o tempo todo tem que se retomar. Não, espera lá, não é para isso que eu estou aqui. Então é um exercício constante. (TRABALHADOR).

O processo de alheamento e de “anestesiamento” da escuta compromete qualquer projeto de cuidado que foca no novo paradigma posto pelos pressupostos da Reforma. De alguma forma, o baixo nível de exigência dos usuários que frequentam o serviço, aliado à potencialização do tratamento composto por consultas

médicas e uso de medicamentos em detrimento dos demais componentes, gera alguma acomodação.

Outro profissional considerou os sujeitos em sofrimento psíquico, por um lado, “desorganizados”, exemplificando com o fato de os usuários não assimilarem as regras de um projeto do serviço chamado de ‘Mercadinho’. O Mercadinho consiste em pagamentos simbólicos, o CAPSLECA, que os usuários recebem por ações de auxílio no ambiente de trabalho: varrer o chão, não jogar bituca de cigarro fora do local adequado, auxiliar amigos, entre outras. Esse mesmo profissional também, de outro lado, adjetiva os usuários como “manipuladores” e “jogadores”. Parece existir certa contradição no encontro dessas categorias de incapacidade de assimilação x capacidade de manipulação e, nesse sentido, pode sugerir a concepção de um sujeito genérico e abstrato, cuja subjetividade está sendo compreendida e rotulada por premissas do campo moral. É sempre perigosa, a meu ver, uma configuração genérica do outro, o que pode contribuir para que esse outro seja o depositário de um arcabouço de comportamentos, desejos, subjetividades que, ao mesmo tempo que serve de encaixe para todos, efetivamente não diz nada sobre ninguém e sobre o sujeito em si.

A Reforma Psiquiátrica brasileira atentou para que a pessoa em sofrimento fosse identificada abstendo-se de configurações genéricas, muitas vezes, carregadas por aculturamentos que estão longe de sua configuração subjetiva, histórica e cultural. O novo paradigma proposto não fala em esquizofrenia como constructo genérico, mas sim do sujeito que, dentre as inúmeras dimensões que possui, também possui o diagnóstico de esquizofrenia. Daí que o cuidado perpassa pela construção de Projeto Terapêutico Singular, ou seja, denunciando preocupação com os sujeitos e suas especificidades.

A adjetivação “desorganizados” também apareceu em outra entrevista, quando o profissional relatou a atividade de alongamento que tinha acabado de coordenar:

Essas pessoas não sabiam qual era o braço esquerdo e qual era o braço direito. Eu pedia, por exemplo: por favor, levantem o braço esquerdo. Muitos levantavam o direito. Muitos não conseguiam fazer um círculo. Ficavam andando de um lado para o outro. Bem desorganizados. E eu falava: gente, vamos fazer um círculo! E eles não tinham aquele insight de comando. Eles não conseguiam obedecer a um comando. Ou seja, podemos inferir que a memorização estava prejudicada, raciocínio lógico estava prejudicado e a

atenção também e também a capacidade motora também. Eles realmente estavam rígidos, rígidos por falta de estímulo. (TRABALHADOR).

A análise desse trabalhador sobre o que estava acontecendo pode estar empobrecida por recorrer a uma perspectiva linear de análise e reduzida ao indivíduo: “*são desorganizados*”, “*não conseguem obedecer a um comando*”, “*rigidez por falta de estímulo*”. Para além dessa avaliação, poderíamos acrescentar outros componentes de análise: rigidez associada aos efeitos colaterais da medicação utilizada; relação horizontalizada da oficina, tornando o grupo mais disperso e desinteressado; composição da vida desses usuários, em que a atividade física não esteve presente – afinal, alguns deles são atuais moradores das Residências Terapêuticas e passaram anos confinados; e por aí se segue com outras perspectivas que se somam para a compreensão de um campo extremamente complexo. O risco, quando as análises não consideram a complexidade da existência, é trazer o foco para o indivíduo, culpabilizando-o por questões que perpassam muitos aspectos do viver desses sujeitos, somados com aspectos da formação/capacitação dos profissionais e também da gestão de serviços. Um dos trabalhadores faz uma crítica a pouca ou nenhuma potencialização existente em algumas oficinas:

É mais fácil dar um papelzinho e ele vai ficar pintando, que daí não faz sujeira, não faz bagunça, não dá trabalho. Acontecia isso em 2000 e 2016 continua. Precisa de capacitação o tempo inteiro? A gente precisa. Precisa de estímulo? A gente precisa. Precisa de gestores que observem, que olhem, que avaliem! (TRABALHADOR).

Esse profissional traz ao palco a necessidade continuada de capacitação e avaliação do que está sendo desenvolvido.

A marca da incapacidade está presente de forma bastante emblemática. Um usuário relata seu mal-estar por sentir-se desqualificado pela irmã: “

Muitas vezes dentro da própria família. Às vezes uma pessoa está e eu chego para conversar também e uma irmã fala: ‘olha, não liga para ele não porque ele tem problema. Ele é problemático’. Então eles não deixam eu dar a opinião. Então a gente fica chateado com isso. Porque eu sou uma pessoa que já serviu o exército brasileiro. Já trabalhei em hospital. Já trabalhei na UEM. Eu trabalhei em diversas firmas. Então eu tenho um pouco de experiência de vida. Eu estou com 51 anos e já vivi bastante. Apesar dos meus problemas, a gente sente que sabe de alguma coisa. (USUÁRIO).

Com sabedoria esse usuário registrou que existe vida e potencialidades para além do diagnóstico de esquizofrenia que recebeu, que não o incapacita ou

despontencializa para a vida e para o convívio. Destaco ainda outro usuário, que durante a entrevista demonstrou um potencial bastante autônomo de opinião, de senso crítico e de enfrentamento das dificuldades diárias e relatou que *“O pai diz que tem receio de falecer e não ter quem cuide de mim.”* (USUÁRIO). A tutela simbólica, aquela que não está oficializada juridicamente, perpassa o cuidado e o olhar sobre as pessoas com transtorno mental, inutilizando-as e limitando por serem consideradas eternas crianças.

Um trabalhador do serviço contou que perguntou a um usuário, morador de Residência Terapêutica, se ele conseguia servir-se de café, e que prontamente a cuidadora da RT, que estava a metros de distância, interrompeu o diálogo e, antecipando a resposta, disse que aquele usuário não conseguia servir-se sozinho. O profissional insistiu, falando para a cuidadora: *“Vamos tentar.”* E para o usuário ela disse: *“Aperta aqui e vai colocando o tanto que você quer. Aí ele foi colocando. Aí ele parou. Eu falei: você acha que está bem esse tanto? Ele assinalou que sim. Aí ele foi e pegou o pão.”* É como se a naturalização da “incapacidade” fosse tão imediata e definidora desses sujeitos, que alguns membros da equipe não trazem para a reflexão a vida desse usuário, por décadas em um hospital psiquiátrico, sem, por conseguinte, oportunidade, autonomia e acesso livre a uma garrafa de café. Na verdade, ele aprendeu que não tinha autonomia e “autorização” para servir-se de café. Outro exemplo desse protecionismo/incapacitismo é o relato de uma usuária residente de RT que comentou durante a entrevista: *“Eu ia vir com a calça verde. Mas ela (refere à cuidadora da RT) escolheu esta outra roupa.”*

Os profissionais que atuam nos serviços podem desenvolver um olhar protecionista que, no fundo, anuncia uma perspectiva de desqualificação/incapacitação dos sujeitos:

O usuário ainda é visto como limitado e ele deixa de receber, de usufruir desses direitos por conta deste ‘ele não dá conta’. ‘Ele não pode porque ele não sabe, ele não consegue’. Infelizmente a gente ainda vê muito isso. Principalmente fora, na família, na sociedade ainda tem muitas restrições ao usuário. Mas infelizmente vejo dentro do serviço também, em algumas posturas. Enfim, esse estigma da doença vai além, não é só na sociedade. Faz parte de uma cultura. E nós não somos apenas profissionais. Nós trazemos uma cultura. (TRABALHADOR).

Segundo Figueiró e Dimenstein (2010, p. 435):

Dessa forma, o que acontecia ali era a invalidação da capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, refletirem sobre seu próprio tratamento, em última instância, gerirem sua própria existência. O usuário encontrava-se ali infantilizado diante de seu processo de tratamento (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), o que dificulta qualquer posição de autonomia e empoderamento perante questões que dizem respeito à sua vida. Segundo Guattari (1986, p. 41), esse processo de infantilização seria uma das funções mais importantes do processo capitalístico de subjetivação: “Pensam por nós, organizam por nós a produção e a vida social”. A infantilização consistiria na necessidade de mediação pelo Estado de toda e qualquer iniciativa e pensamento, construindo, assim, uma relação de dependência dos indivíduos diante dos aparelhos do Estado. Dependência essa que é uma das características essenciais da subjetividade capitalística. (GUATTARI, 1986).

Essa proteção travestida de cuidado humanitário pode mascarar outros aspectos: descrença dos profissionais no potencial de vida dos usuários, manutenção do biopoder, além de algum processo de acomodação dos técnicos que atuam nos serviços: *“É mais fácil pegar uma criança, colocar ela num carrinho, dar um doce para ela ficar ali quietinha. Em qualquer setor, na saúde mental principalmente, dá trabalho você criar alguma coisa.”* (TRABALHADOR). Mas não podemos incorrer em risco e limitar algo tão complexo ao grupo de trabalhadores. Burali (2014, p. 8), em pesquisa realizada no CAPS II Canção, refere que

[...] existe uma grande distância entre os trabalhadores de saúde mental “idealizados” nas conferências nacionais e a realidade vivida por estes no CAPS, de modo que prevalece uma “política de RH” incompatível e incoerente com a produção do trabalhador-sujeito tão solicitado no processo da reforma psiquiátrica brasileira. Constatamos questões paradoxais diretamente ligadas ao “despreparo”, a precarização das condições de trabalho, a desvalorização, a falta de reconhecimento e capacitação contínua expondo-os ao adoecimento no e pelo trabalho. Contudo, mesmo frente a situações tão adversas, as atividades dos trabalhadores evidenciam a efetiva possibilidade, mesmo que ainda parcial, do alcance e consolidação do CAPS.

Questões como a precarização do trabalho, a falta de capacitação continuada, o adoecimento no e pelo trabalho são alguns dos ingredientes constitutivos desse novo modo de cuidado, que tem nos trabalhadores um importante interlocutor.

Trazer o projeto de trabalho pronto em uma relação verticalizada de cuidado pode significar a concepção de que a verdade está em uma ponta da relação, estando na outra ponta o sujeito a ser reparado: *“Porque normalmente a gente traz a coisa pronta [...] Então é um caminho como se o carro não estivesse balanceado. Você está aqui e quando você vê o carro está indo para cá, o carro está indo e você tem que puxar, o carro está indo e você tem que puxar. Tipo isso.”* (TRABALHADOR). Mas também, trazer o projeto pronto pode ser resultado da pouca capacitação dos

profissionais nesse novo formato de cuidado, que exige a revisão dos paradigmas construídos até então. Um deles mencionou sua dificuldade, atribuindo-a ao fato de que não tem formação em artes e “*não sabe dar vazão para a criatividade*” e, por isso, “*ou deixo muito solto ou fecho muito*”.

A AMSM trouxe o relato de experiências de exclusão e preconceito, que foram sentidos na ocasião em que a entidade ganhou um terreno para alocação da sede, e a reação da comunidade no entorno não foi muito favorável:

Aqui na comunidade, quando nós ganhamos o terreno e colocamos a placa: futuras instalações da Associação... aí o povo aqui é tudo meio narizinho arrebitado porque tem as casas boas e falaram: Vocês vão trazer louco aqui? Eu falei: Vamos. Eles começaram a ficar preocupados. Aí nós mantivemos essa horta aí, e todo mundo que era preconceituoso começou a vir buscar verdura aqui. Aí foram entrando, entrando e hoje eles estão aqui dentro. Quebrou o preconceito. (AMSM).

Ao mesmo tempo em que existe a experiência da exclusão, existe o excluído no interior do excluído. Explico: um integrante da AMSM comentou que é uma organização que acolhe pessoas com transtorno mental, e que as pessoas usuárias de álcool e outras drogas não estão incluídas, pois não são consideradas do campo dessa entidade, e foi feita a seguinte observação em relação ao lugar de tratamento desses dois grupos:

*Agora mudou um pouco lá na emergência psiquiátrica, inclusive um programa do governo é que eles estão dando uma subvenção maior para álcool e drogas. Então eles estão priorizando esse tipo de atendimento. Quer dizer, temos que brigar para conseguir uma vaga. Porque aquilo foi criado para a saúde mental e **não** (grifo meu) álcool e drogas.*

E acrescentou: “*Álcool e drogas podem ser tratados no hospital geral, e não precisa ter uma equipe multidisciplinar. A não ser quando a pessoa está em surto daí precisa até de uma contenção.*” (AMSM). A queixa foi que os usuários de álcool e outras drogas estão ocupando vaga que não foi destinado a eles, pois a entidade não considera que esse grupo também deveria receber assistência em saúde mental, por vezes compartilhando dispositivos com o grupo transtorno mental. É no mínimo intrigante considerar que, na concepção dos entrevistados, lugar de usuário de droga é no hospital geral, sem questionar que este também pode ser o lugar da pessoa com transtorno mental, para momentos específicos de crise, cujo manejo poderia exigir a internação.

Mas também pude identificar nas entrevistas a perspectiva – para além do pressuposto de humanidade que atravessa o olhar sobre as pessoas com transtorno mental, do olhar ético, estético e político – que deveria estar presente em todas as ações direcionadas a esse grupo. Exemplifico com o relato de um profissional responsável por um grupo operativo, cujo trabalho pude presenciar:

Eu tenho um grupo operativo com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, outras psicoses, quadros não bem definidos, mas com uma proximidade com quadros psicóticos, pacientes que já tiveram internação por muito tempo, por uma década, e que já estão na RT. Que estão conseguindo ter uma vida mais digna, mais interessante, com um tratamento mais humanizado. É um grupo bem bacana, que caminha no ritmo próprio. Uso a metodologia do Grupo Operativo do Pichon Riviere. É uma metodologia interessante e tem a ver com a política antimanicomial de o indivíduo conquistar autonomia sobre seus direitos, seus deveres, seus desejos. Acho que é uma metodologia muito bacana. A gente trabalha com materiais não estruturados ou com o que eles decidirem naquele dia o que vai ser a atividade. (TRABALHADOR).

Registro também um projeto que está sendo desenvolvido há alguns anos no CAPS Canção, considerado como exitoso pelos profissionais, seus usuários e membros da AMSM, o Grupo Musical Delirius:

E hoje esse grupo se reúne sagradamente duas vezes por semana. Com compromisso, usando a responsabilidade de estar no horário. Dificilmente faltam e, se faltam, justificam. É muito rico isso. Pacientes que não sabiam o endereço. E hoje eles decoram vinte, trinta letras de músicas. Se eu chegar para eles e falar: vamos cantar, eles cantam. Eles sobem e cantam. Eu não consigo fazer isso, entendeu? Tal a autoconfiança que eles conseguiram e resgataram dentro deles essa autoestima. Essa autoestima melhorou a tal ponto que qualquer pessoa que chegar e falar vamos cantar eles sobem no palco e cantam. Eles acreditam que eles são capazes. Desde a forma do grupo, a gente teve uma internação por outros problemas. Mas nenhum voltou para o sanatório. Então isso é de uma riqueza muito grande. Não tem mais hospitalização para nenhum deles. A família passou a acreditar neles. A gente vai com eles para todo lugar. A gente entra com eles em todos os lugares. Nós vamos para shopping. Vamos ao cinema. Eles se sentem parte integrante da comunidade. Cidadãos. Eles se sentem artistas. Se sentem importantes. (TRABALHADOR).

E essa profissional ainda complementa: *“Mas a própria instituição não consegue ver o quanto isso é mais importante. Até talvez consigam ver. Mas a gente não sente esse valor e nem o paciente sente. É uma dificuldade.”*

Essa é uma dificuldade de fato, que atravessa a relação dual entre profissional/usuário e perpassa, entre outros, pelos espaços do cuidado psicossocial,

da família, do serviço, da gestão, da comunidade, da construção social que cerca a concepção das pessoas com transtorno mental.

A dimensão sociocultural, proposta por Amarante (2010) nesse novo paradigma de cuidado, está constituída, de um lado, pelo envolvimento da sociedade nas reflexões sobre o lugar social do louco e, de outro lado, pela estratégica incorporação da arte no campo da saúde mental. Esse autor ainda aponta que:

Em que pese a importância de iniciativas nesta tradição, corre-se o risco de reduzir a arte ao paradigma da ciência, conduzindo-a por meio de técnicas e objetividades próprias da pretensão científica da certeza e da verdade. Mas a arte tem seus modos de ser, que passam mais pela estética e pela produção de subjetividades e sentidos. (AMARANTE, 2012, p. 10).

Amarante conclui que, para além das limitações terapêuticas e científicas postas pela arte-cultura, ela sempre transcenderá – como disse um dos integrantes do grupo Delírius: *“O povo gosta das músicas que cantamos. Todo mundo nos aplaude. Bate palma junto. Canta junto. Para nós isso é uma maravilha. Tem que cantar direito as músicas. Mas de vez em quando tem uns erros também.”* (USUÁRIO). De fato, a arte transcende e faz transbordar a alma.

Nesse núcleo de análise, entre outros aspectos, foi possível considerar que existe, assombrando a efetivação das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, um olhar desqualificador e incapacitante debruçado sobre as pessoas com transtorno mental, despotencializando os trabalhos e os sujeitos envolvidos, comprometendo o pressuposto de empoderamento, categorias ricas e que atravessam esse novo modo de cuidado. O projeto de humanização é complexo e envolve olhar o outro para além de uma solidariedade humanitária. Deve ser um projeto ético, estético e político, que reconhece o outro como sujeito de direitos e desejos, para além do que está destacado pela classificação biopsi, ou seja, por seus sintomas. Essa ainda é uma formatação de cuidado que aparece de forma incipiente e, por vezes, apenas no discurso dos entrevistados. A práxis acaba revelando forte composição do modelo asilar e biomédico, ainda que travestido de perspectiva carregada de um humanismo solidário.

Outro aspecto a ser considerado nesse núcleo é a dimensão teórico-conceitual ou epistêmica, que, segundo Amarante (2007), é constitutiva desta nova modalidade de assistência, que indica um novo olhar sobre as pessoas com transtorno mental. A proposta de revisão do paradigma considera que devem ser subalternizados

os sinais e sintomas, aparecendo o sujeito em sofrimento. Nas entrevistas é possível considerar que ainda existe um longo percurso para alcançar essa nova perspectiva que, em última instância, carrega a negação do que foi historicamente posto pela psiquiatria. Os sujeitos ainda estão sendo negativados em sua singularidade e subjetividade, ainda que seja possível identificar a preocupação dos atores envolvidos na revisão cotidiana da práxis.

5.7.3 Cidadania e a garantia dos direitos?

Para um profissional entrevistado durante o processo de pesquisa de campo, a mudança de local de cuidado: do hospital para os serviços abertos foi suficiente para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental: *“Eu sou super a favor da luta antimanicomial e estou muito feliz por estar trabalhando hoje no CAPS, porque a abordagem aqui é essa, né? Da pessoa voltar a ter sua cidadania, ter seus direitos todos dentro do ambiente, do lugar onde ele vive.”* (TRABALHADOR). Mas, ao que parece, a questão não está tão simplificada assim: o lugar de cidadão para as pessoas com transtorno mental não foi garantido apenas pela mudança no local de cuidado, e nem era esse o entendimento dos precursores da reforma, já que os textos clássicos falam de um novo lugar social que acolha os diferentes em suas diferenças.

A nova proposta de assistência para a pessoa com transtorno mental, que desloca o cuidado dos asilos para o território, é apenas o início na construção desse novo paradigma. Romper os manicômios mentais e garantir, para além de um local de assistência, um novo lugar para a loucura, questionando o espaço social e relacional ofertado na atualidade aos diferentes, demanda um longo processo de desconstrução de velhos conceitos ainda presentes, assombrando o novo paradigma posto. A concepção de luta e garantia de direitos ainda atravessa o novo modelo de forma, muitas vezes, contraditória. Onocko-Campos et al. (2017, p. 17) registram que a crença na desinstitucionalização ser suficiente para a inclusão/ aceitação dos diferentes é uma armadilha pois, “além de cuidar dos sujeitos em sofrimento, é importante refletir sobre como todos nós lidamos com a diferença. A loucura faz parte de todos nós. Tolerância, muitas vezes, não é sinônimo de inclusão e de convivência”.

Durante as entrevistas com o grupo de usuários, a pergunta sobre seus direitos gerou algum estranhamento inicial, seguido de esforço, por parte deles, de problematização da questão. O grupo dos profissionais também demonstrou algum

nível de surpresa com a temática, sugerindo que tal questão não era tão cotidiana nas reflexões sobre o cuidado ofertado. E apenas os integrantes da AMSM reagiram com naturalidade em relação ao tema. Concebo que o momento de uma entrevista traz ganhos, não apenas para o entrevistador, mas permite que o entrevistado reflita sobre as categorias questionadas, o que resulta em crescimento para todos. Assim, de uma forma geral, as entrevistas foram ricas, ainda que exigindo esforço de alguns para identificar essa categoria em seu cotidiano.

De uma forma geral, os usuários mencionaram direitos que estão próximos daqueles considerados básicos para uma vida digna. As condições de vida do grupo atendido pelo CAPS são precarizadas por situação econômica, e, neste sentido, seus desejos e reivindicações não estão distantes da maioria dos brasileiros, como o direito de ter uma moradia digna, já que se trata de um grupo com importante vulnerabilidade. Em uma pesquisa com sete serviços CAPS na região paranaense dos Campos Gerais, foi levantado o perfil dos usuários, identificando “pouca escolaridade, baixa renda familiar, tratamento em um período etário da vida pretensamente produtivo” (CONEGLIAN, 2011, p. 62), precarizando, assim, uma condição econômica e de trabalho que gerasse maior conforto de vida. Portanto, as reivindicações dos usuários do CAPS são as mesmas reivindicações de estratos sociais empobrecidos. Mas o histórico de exclusão e a marca da loucura direcionam outros níveis reivindicatórios para além de condições de moradia, saúde, educação.

Em uma oficina de reflexão com o tema da cidadania desenvolvido em um CAPS da região dos Campos Gerais paranaense, um grupo de usuários foi estimulado a refletir sobre cidadania a partir de um pequeno texto com a seguinte definição de cidadania:

Cidadania é o direito de ter uma ideia e poder expressá-la. É poder votar em quem quiser sem constrangimento. É processar um médico que age com negligência. É devolver um produto estragado e receber o dinheiro de volta. É o direito de ser negro, índio, homossexual, mulher, sem ser discriminado, de praticar uma religião sem ser perseguido. (GONÇALVES, 2009, p. 94).

Na sequência, os usuários foram convidados a construir um painel/cartaz usando recortes de revista, cola e caneta, onde registraram as reflexões do grupo sobre seus próprios direitos. No resultado final desse trabalho, os usuários enumeraram os seguintes direitos: Direito à comunicação; Direito à família; Direito de ser feliz; Direito ao descanso; Direito ao lazer; Direito de ir e vir; Direito ao esporte;

Direito ao trabalho; Direito à alegria; Direito à remuneração; Direito à informação; Direito à educação; Direito de brincar; Direito à escola; Direito à vida; Direito da criança; Direito à boa alimentação e Direito à saúde (CONEGLIAN, 2013).

Existe o padrão reivindicatório por direitos sociais, mas, vai além, sendo que lembrado direitos que estão associados à vida em liberdade, ao direito de ter família, direito ao lazer, direito à informação, entre outros. Outros direitos, mesmo mantendo relação com a temática da vida em liberdade, perspectiva que sempre atravessa a possibilidade de uma vida cidadã, também apresentam um componente de subjetividade, já que estão relacionados ao desejo de expressão sem julgamento ou rótulo: direito à comunicação, à alegria e direito de ser feliz estão neste grupo. Em relação ao “Direito à comunicação” existe ainda um forte preconceito em relação à fala da pessoa com transtorno mental, questão que já foi anteriormente mencionada quando um usuário comentou que sua opinião é desqualificada pela família e interrompida com o seguinte comentário: *“Não liga para ele não porque ele tem problema.”*

Quanto ao Direito à alegria e ao Direito de ser feliz, vale o registro do seguinte episódio:

Isso remete a uma fala de uma usuária que, assistindo ao filme Shrek, fez o seguinte comentário: “Até o burro (referindo-se ao personagem Burro Falante) pode cantar e dançar. Eu, quando canto e danço, me internam no Franco da Rocha!”, lembrando o Hospital Psiquiátrico em que foi internada dezenas de vezes. Nesse sentido, a reivindicação do direito de ser feliz e de manifestar alegria pode parecer banalidade para alguns, mas para as pessoas em sofrimento psíquico isso é uma questão a ser conquistada. (CONEGLIAN, 2013, p. 12).

Essa concepção de direitos marca de forma emblemática a necessidade de pensarmos sobre a existência social das pessoas com transtorno mental, na medida em que o paradigma desqualificador e de reconhecimento do outro ao enquadre de sintomas ainda está bem vivo e pauta as relações que se estabelecem com esses sujeitos. É possível, portanto, considerar que nesse campo existe uma complexidade que se estende para além do local de assistência. Desospitalização e desinstitucionalização são dois paradigmas diferentes: ambos falam em tratamentos abertos e em território, mas somente o último, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 36) destaca três aspectos: (1) a construção de uma nova política de saúde mental; (2) a centralização do processo terapêutico no objetivo de enriquecer a

existência global, complexa e concreta dos sujeitos; e, por fim, (3) a construção de estruturas externas substitutivas à internação. Ao que vale dizer, a desospitalização, modifica o *locus* de assistência; outro, a desinstitucionalização, o paradigma de assistência.

O tratamento asilar foi lembrado de forma melancólica e, se não foi objetivamente verbalizado pelo usuário como violador de direitos, assim o foi sentido: *“Direito de ter casa para morar. Direito de tratamento. Direito de ter condições de se tratar. Direito de viver entre a sociedade. Direito ao trabalho correto para não viver trancado.”* (USUÁRIO). E fala em tom de desabafo quando se lembra do hospital psiquiátrico: *“Fico pior. Fico mais doente. Não presta ficar morando no hospital. Direito de ter RT.”* (USUÁRIO), fazendo referência ao direito de moradia extra-hospital, nesse caso, a Residência Terapêutica.

Os direitos referidos pelos usuários também estão associados às possibilidades de escolha e autonomia de vida, como o mencionado por um usuário: *“Tem direito a estudar, a frequentar a igreja que quiser, se não quiser ir na católica pode ir na evangélica. Assim, tem direito a vir aqui no CAPS e não ter sua vaga tomada por outra pessoa.”* Esse usuário contou que ele resolveu frequentar uma igreja evangélica, mas, por pressão materna, retornou para a igreja católica, atendendo à crença da mãe e se submetendo a ela.

A maioria dos direitos registrados faz parte do rol de todo e qualquer cidadão brasileiro, constitucionalmente garantido também no artigo 6º, que apresenta: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). A violação dos direitos não está circunscrita ao grupo do campo mental, apesar de estar potencializada pelo constructo da discriminação/exclusão. A violação também não é uma condição geograficamente fincada em determinado país ou região, estando associada ao modo de produção capitalista, que privilegia o mercado a alguns em detrimento da maioria: “dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelam que 10% da população concentram 70% de toda a riqueza nacional, e os 90% mais pobres têm acesso a 25% a 30% do restante da renda nacional.” (DANTAS, 2012, p. 102).

Mas, para o grupo das pessoas com transtorno mental, que foram usurpadas de seu direito de existência coletiva desde seu aprisionamento pela psiquiatria e pela premissa da desrazão, a garantia/violação dos direitos perpassa por construções

socioculturais arraigadas, para além de sua condição de pobreza, mas, claro, agravadas por ela.

“E às vezes na ação de ‘Ai coitadinho’, isso também é uma quebra da cidadania porque ele tem o direito de ser educado. Ele tem o direito de ter limite.” (TRABALHADOR). Esta fala, ao que parece, considera que, pelo sentido da “pena”, ficariam suavizadas as exigências e expectativas em relação àqueles sujeitos; e que escapar da imagem de “coitadinho” permitiria que recebessem um ensinamento/orientação adequado. Aparecem aqui dois aspectos: um destaca que a visão sobre as pessoas com transtorno mental como coitadinhos implica eliminar qualquer possibilidade de potência e autonomia desses sujeitos; outro enfatizando que o direito à educação também pode ser considerado na perspectiva do enquadre normatizador. Talvez a questão posta aqui não seja o “direito à educação”, mas sim o de ser treinado para ser “bem comportado” e enquadrado. Nesse caso as diferenças desaparecem e sobra apenas muito do mesmo, novamente desrespeitando as pessoas com transtornos mentais.

A questão da autonomia, ou da falta dela pelo prisma da dependência, está registrada na fala de um usuário morador de RT – o mesmo que anteriormente relatou que a escolha das roupas que veste é feita pela cuidadora da RT: *“Tem que tomar comprimido. Mostrar a boca. Tem que receber a pensão. Tem que comprar as coisas.”* (USUÁRIO). Aqui a garantia de direitos tem aparência de submissão apática e de negação enquanto sujeito de desejos e de possibilidades. O estímulo à dependência, que está mascarado por uma atitude protetiva, consolida um olhar de anulação da potência do outro.

Mas outro usuário, que comparou o tratamento que recebia anteriormente com o que experimenta agora, considerou que todos os seus direitos já estão contemplados:

Eu acho, na minha opinião, já está bom demais. Pelo tratamento que a gente tem, tudo de graça, remédio de graça. Olha que eu tomo dez comprimidos por dia. E eu pego esses remédios no CISAM. A terapia que eu faço, eu venho aqui eles me dão o vale transporte para eu vir. Quando não dão o vale transporte, tem uma ambulância do bairro que me leva e traz. Então está muito bom e eu só tenho a agradecer e eu acho que os direitos da gente como cidadão estão valendo porque estamos tendo uma assistência muito boa. (USUÁRIO).

Os direitos, neste caso, estão sendo exclusivamente considerados apenas pela lógica do acesso ao tratamento.

E a possibilidade de movimentação em liberdade foi apresentada de uma forma muito interessante: *“Ter direito de viajar. Com a carteirinha do CAPS eu posso andar de trem, de navio, de ônibus. Devia ter também de avião!”* Esse usuário comentou que está informado sobre a diversidade dos meios de transporte porque leu a respeito. Ele, em especial, é um grande defensor dos direitos em seu dia a dia. Relatou que fez uma denúncia no Disque 100 em razão de ter considerado que seus direitos tinham sido violados em um episódio no transporte público, em que foi destratado pelo motorista. Acrescentou que tais violações estão também direcionadas a outros grupos, pois observou que “estão judiando dos idosos e deficientes” nos transportes públicos. Ele também fez o relato de outro episódio: contou que, para obter declaração médica que permitisse usufruir de passe livre para transporte público, argumentou com o psiquiatra que não queria fazer o documento: *“Se o senhor não me der o laudo eu vou em outros e eles me dão. Ele dizia* (fazendo referência ao psiquiatra): *Eu não te conheço direito. E eu dizia: Mas eu faço tratamento há muito tempo. Eu dizia que estava tudo escrito.”*, lembrando sabiamente que os profissionais mudam mas que o histórico fica no prontuário dos serviços.

Alguns trabalhadores entrevistados relataram que um dos papéis do serviço é o de instigar os usuários em relação à conscientização de seus direitos, estimulando uma postura reivindicatória: *“Eu vejo que ainda temos muito que avançar com relação a essa questão da cidadania, de exercerem os direitos. Que eles saibam que têm direito e buscar esses direitos.”* (TRABALHADOR). Mas existem pedras no meio do caminho quando este estímulo para o exercício da cidadania e reivindicação se inicia no próprio espaço do serviço: *“[...] porque muitas vezes a gente precisa estimular que eles reivindiquem seus direitos, mas, por outro lado, eu não posso falar contra o serviço.”* E ainda:

Eu acredito que o usuário tem todo o direito de reclamar. E até interessante que ele reclame, porque a gente pedir é uma coisa e o usuário pedir é outra coisa. E daí um usuário reclamou e a gente levou bronca porque estava incentivando esse tipo de coisa. (TRABALHADOR).

A história do movimento da Reforma Psiquiátrica no país está umbilicalmente ligada à participação crítica e mobilizadora dos profissionais. É bastante frequente que o nascimento dos movimentos de usuários e familiares esteja associado a um dispositivo de serviço ou, ainda, a profissionais que atuam na área (VASCONCELOS, 2009). Mas esse processo de empoderamento dos usuários e seus familiares nem sempre é possível, se dele também não pactuar a gestão, que pode reprimir ou punir tanto profissionais quanto usuários e familiares: *“O que você faz nessa situação? Porque eu também estou em estágio probatório. Apesar de eu não aguentar minha língua dentro da boca, muita coisa não dá.”* (TRABALHADOR).

No campo de reivindicações dos direitos para as pessoas com transtorno mental, existe uma complexa arena de lutas que está implicada por um posicionamento político do trabalhador que, por vezes, tem custo pessoal e profissional. Sob pena da reprodução da mesma lógica excludente e de negação do sujeito que está presente no modelo antimanicomial, os profissionais, usuários e familiares vinculados aos dispositivos abertos como os CAPS têm um percurso político a percorrer:

A lógica presente nesse modo de atenção à Saúde Mental submete os sujeitos do sofrimento e os próprios trabalhadores a um lugar de sujeição, produção e reprodução de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas: produção de afetos tristes, renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia. Não há CAPS aqui, apenas mais uma instituição de Saúde Mental organizada a partir da mesma lógica hegemônica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 34).

Empoderamento, uma das premissas nesse novo paradigma de cuidado, significa o desenvolvimento de estratégias coletivas de potencialização e conscientização dos direitos, permitindo a emancipação individual e coletiva na defesa das demandas relacionadas com a dimensão social da vida.

Alguns profissionais relataram que os direitos das pessoas com transtorno mental estão no campo da igualdade com os demais cidadãos: *“O meu pensamento pessoal é que nós todos somos iguais. Todos os direitos são iguais.”* (TRABALHADOR); *“Eu entendo que há uma questão legal do âmbito jurídico, como qualquer cidadão. Afinal a proposta é essa: eles são cidadãos também, eles podem se deparar com direitos e deveres.”* (TRABALHADOR); *“São os direitos dos seres humanos.”* (TRABALHADOR). E acrescentam os direitos especiais, conquistas que estão consolidadas no campo jurídico e são garantidas pelo estado, como o

Benefício de Prestação Continuada, o afastamento do trabalho por doença, cartão de isenção no transporte. Essa área teve um avanço importante no grupo das pessoas com deficiência, resultado da potência do movimento, como exemplificam o direito à cota de vagas de emprego em empresas e, no movimento dos negros, a conquista das cotas nas universidades.

Mas usualmente esses direitos estão condicionados a um diagnóstico, o que, para Onocko-Campos (2017, p. 27), pode ser uma armadilha:

No Brasil, devido à grande desigualdade social e mesmo considerando as conquistas a partir do reconhecimento da cidadania das pessoas portadoras de doença mental e seus familiares, o usufruto restrito da cidadania tem feito com que o acesso a alguns direitos sociais ocorra somente após o diagnóstico médico. Assim, acesso a transporte, benefícios continuados por doença crônica, moradia, etc. permanecem regulados pelo diagnóstico e não possuem caráter universal. Essa situação cria um paradoxo no qual a doença abre perspectivas ao mesmo tempo que traz limitações para a vida diária.

Em relação a essa armadilha do diagnóstico, um usuário fez o seguinte relato:

Tive e não tive um problema com o INSS. Eu fui fazer uma perícia com um juiz, e eles falaram para minha advogada que eu era muito inteligente e que eu não tinha problemas. Que eu não precisava do benefício e que eu podia trabalhar. Aí o advogado falou para mim: olha, você tem que mostrar que você não é inteligente, fala mal. Aí eu falei: Pô, mas como eu vou ser uma coisa que eu não sou? A gente tem que ser o que é. Não foi um preconceito. Para mim foi até um elogio. Apesar que eu perdi o benefício. Mas se for para eu ter esse benefício pelo meu problema eu quero ter. Agora se eu puder trabalhar eu quero trabalhar. Para mim quem está mesmo atrás desse benefício e não quer que eu trabalhe mais é a minha mulher. Ela tem medo que eu trabalhar e encontrar com os companheiros e com os colegas e voltar a beber. (USUÁRIO).

Assim, o benefício financeiro está sendo concebido por esse usuário como marca de desmerecimento e desqualificação, ao mesmo tempo que sua esposa considera o benefício uma estratégia de cuidado que, por gerar renda sem necessidade de trabalhar, e, por conseguinte, sem interação social, o que, na opinião dela, poderia evitar recaídas. E, apesar de o usuário tentar tranquilizá-la de diferentes formas, sua fala não gera confiança na esposa. E o círculo da desqualificação se fecha.

Um trabalhador disse que as pessoas com transtorno mental, em relação aos direitos, têm “*todos os de uma pessoa livre. Ela só não tem o direito de colocar*

outros em risco. Ele tem que ser tratado como alguém especial. Se ele não tem consciência ele vai ser tratado como alguém especial.” Todos os direitos de uma pessoa livre? Essa fala expõe a concepção dual de pessoas livres e pessoas presas. Nessa linha de pensamento, por dedução, as pessoas livres seriam as ditas “normais”, e as presas as que têm alguma patologia. E as pessoas com alguma patologia e que não têm consciência deveriam ser tratadas como pessoas especiais, no sentido de tutela de cuidado. E o que define essa consciência? Nesse caso, parece que é a submissão ao tratamento. Está posta aqui a premissa dos direitos pelo campo da racionalidade e do enquadre. Vale situar o discurso desse trabalhador para melhor compreensão do que falou em outros momentos da entrevista. Esse profissional compartilhou sua visão em relação ao uso de medicamentos, fazendo distinção entre os neuróticos e os psicóticos: *“Transtorno neurótico vamos tentar tratar sem medicamento. Cada vez mais eu percebo como a gente medica sem necessidade. [...] Cada vez mais estamos drenados pela indústria farmacêutica e pelos manuais americanos em que quaisquer três critérios já geram diagnóstico.”* E em relação aos psicóticos, o profissional apresentou o tratamento pela lógica do direito: *“O paciente se recusa a se tratar e o médico dar alta está errado. Ele tem direito de ser tratado. Assim, internar neste caso é uma forma de resguardar este paciente.”* Existem alguns aspectos aqui que merecem destaque: primeiro a não problematização das razões pelas quais o usuário deseja alta e a imposição ao tratamento em moldes verticais. De outro ponto, existe a associação de que não usar a medicação irá desencadear uma crise, além da crença de que crise é cuidada com internação psiquiátrica. Esta parece ser uma premissa ainda bastante forte, mesmo com todos os questionamentos de décadas postos pela reforma e pelas normativas oficiais dos serviços.

Esse trabalhador, que apresenta a distinção de conduta entre os neuróticos e os psicóticos, ou seja, considerando os direitos pela premissa do diagnóstico, pode se configurar uma armadilha na medida em que está no bojo dessas definições o paradigma da incapacidade, que, por conseguinte, direciona a construção terapêutica subsequente. Não quero minimizar a importância e necessidade do tratamento, afinal é com a preocupação de tratamento mais efetivo e respeitoso que foram constituídos os debates da Reforma Psiquiátrica brasileira; mas tenho a pretensão, sim, de contrapor o discurso da internação psiquiátrica como estratégia de proteção. Existem hoje diferentes formas de manejo da crise, que prescindem da

internação/exclusão por longos períodos e com baixa resolatividade, inclusive com a consolidação de leitos psiquiátricos em hospital geral. Assim, na contemporaneidade, a concepção de cuidado deveria ultrapassar o resumido cardápio de uso de medicamentos e internação psiquiátrica.

Na atualidade, para além do uso de condutas tradicionais de tratamento, como o das prescrições medicamentosas, é possível uma relação democrática e com vistas à construção do empoderamento das pessoas com transtorno mental. O projeto Gestão Autônoma de Medicação (GAM) exemplifica isso:

A GAM busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus direitos e que saibam que podem decidir se aceitam ou recusam as diferentes propostas de tratamento. Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos. Para a GAM, a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 5).

A participação do usuário na definição de seu tratamento também está prevista nas normativas e diretrizes postas pelo Ministério da Saúde, a exemplo da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, respeitando a subjetividade presente caso a caso. Mas, mesmo com a proposta de uma construção democrática do cuidado, existe ainda algum tabu em relação à medicação porque normalmente esse campo está cercado por alguma inviolabilidade do poder médico. Ainda assombram crenças de que, por exemplo, interromper o uso do remédio resulta em surto. O GAM pressupõe que, independente de um quadro de neurose ou de psicose, ao

[...] prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência prévia do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de tratar. É fundamental que usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). (ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 7-8)

Assim, nessa perspectiva, todas as nuances do cuidado devem estar pactuadas democraticamente entre todos os atores envolvidos, respeitando o histórico, os desejos, as circunstâncias.

Na página de um dos projetos desenvolvidos pela AMSM, foram elencadas diferentes finalidades para a entidade, como o propósito de contribuir para a diminuição do preconceito, viabilizando o exercício da cidadania, e também a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental e a defesa de assistência permanente das pessoas com sofrimento mental, reivindicando modalidades de tratamento que possibilitem sua reintegração no meio social, entre outros. Trata-se de um projeto de trabalho que revela uma forte concepção de cidadania e garantia de direitos (PROJETO GIRASSOL, 2017b).

Em entrevista com membros da diretoria da AMSM, ficou explicitado que consideram por tarefa o *“direito de lutarmos por eles: inclusão social, geração de rendas, lutar pelo direito de ter uma medicação de última geração”*. Esta é uma pauta de mobilização que apresentou a novidade do último item: direito a uma medicação de última geração⁹², que também traz o realce para o uso de medicamentos no tratamento. Para o presidente da Associação Maringaense de Saúde Mental, um problema que considerou dificultador na melhoria da assistência esteve associado ao fato de que, nos primórdios dos trabalhos da entidade, existiam *“uns médicos bem retrógrados, tanto é que os médicos não aceitavam essas medicações de última geração”* (AMSM). Vale registrar que a distribuição – um custo elevado – era gratuita, através de um programa especial do Ministério da Saúde, novamente transparecendo que o tratamento pelo paradigma bio ainda tem destaque no campo simbólico. Segundo Severo e Dimenstein (2009, p. 64), “para o usuário, a medicação constitui a própria condição para se viver, permitindo a condição de normalidade no meio social”. Ou seja, existe uma esperança de inclusão e aceitação social através da superação da doença pela via medicamentosa.

A AMSM também trouxe para a pauta de trabalho o controle social, relatando que participam de diferentes órgãos, nos quais representam os usuários e familiares: Conselho Municipal de Saúde de Maringá, Conselho local de uma Unidade Básica de Saúde, Conselho do Hospital Psiquiátrico. Os Conselhos de Saúde são fóruns de debate com poder deliberativo sobre a política local de saúde, e, nesse sentido, é importante a participação da sociedade civil organizada. *“Então cada membro da nossa Associação faz parte de um Conselho local, está enfiado ali.”* (AMSM).

⁹² Os medicamentos de última geração possuem menos efeitos colaterais e estão destinados, usualmente, para pessoas que não melhoram ou não toleram os efeitos colaterais dos antipsicóticos tradicionais.

Mas essa participação, para ser efetiva, exige conhecimento suficiente para não se deixar cair em armadilhas de cooptação:

O hospital psiquiátrico, ele presta um bom serviço. Mas, como é particular, sempre tem problemas. E hoje ele está com um problema seríssimo por causa do atraso no pagamento. Então você fica em uma situação em que você não sabe quem você defende: porque você sabe que o portador precisa do atendimento e que precisa que seja cumprido o protocolo. Mas o hospital está sofrendo do outro lado porque ele não está recebendo. A situação financeira dele está caótica. (AMSM).

Neste ponto, vale interrogar para quem a AMSM está ofertando sua defesa. Às pessoas com transtorno mental ou à gestão privada do hospital? Qual o espaço de tratamento ocupado pelo hospital psiquiátrico no projeto de saúde mental para a cidade, segundo a perspectiva da ASMS? Qual o parâmetro utilizado para a conclusão de que “eles fazem um bom trabalho”? Afinal, como relatado anteriormente, esse serviço foi criticado pelos profissionais com base na sua pouca efetividade na assistência, acrescido do fenômeno das reinternações que acontecem no hospital, de acordo com Rosolen (2016).

O presidente da AMSM relatou a participação política da entidade no cumprimento da legislação que determinava destinar as verbas residuais do fechamento de leitos no hospital psiquiátrico para a implantação de dispositivos abertos. “*Cobramos o prefeito, ele começou primeiro com a emergência psiquiátrica e depois com o CAPS ad, depois o CAPS II, depois foi aumentando, depois Residência Terapêutica.*” Provavelmente muitas foram as circunstâncias que favoreceram a implantação de serviços abertos, mas não podemos descartar o peso político reivindicatório de dispositivos associativos.

A mobilização política da AMSM, ao que parece, circulou por diferentes estratégias, como a de agendar reunião com candidatos à prefeitura da cidade para uma sondagem de suas propostas para a área de saúde mental.

Só que um dos candidatos falou tanta bobagem, era inclusive a favor da hospitalização. O Fulano (e nominou o candidato vencedor na época) que era prefeito nos doou esse diploma que é de utilidade pública, ele falou: eu vou trazer para vocês uma ideia que deu certo em Santos. A prefeita Telma fez lá. E mostrou para nós os CAPS e tudo o que ela tinha feito de bom. Ele disse: vocês vão direcionando o que eu preciso fazer para isso. (AMSM).

A associação também tem trajetória em projetos de geração de renda, como o Projeto Girassol e o Pescando Mentas, este último em associação através da Chamada para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Saúde Mental. Esse projeto foi realizado em parceria com CISAM/ CAPS III e CAPS Canção, mas a solidez da comunicação entre os serviços e a entidade ainda está circunscrita a profissionais isolados e não aos serviços, como é possível verificar na fala de um trabalhador do CAPS Canção: *“Trabalho de inclusão social não conseguimos amarrar. Por exemplo, não temos contato com essa Associação de Saúde Mental.”* (TRABALHADOR). Mesmo assim, a parceria foi considerada relevante no sentido de fomentar o empoderamento nos usuários: *“Então, às vezes a gente fica amarrada nesse sentido. Eu acho que nesse sentido a Associação de Saúde Mental teria um papel fundamental de trabalhar mais com essas questões.”* (TRABALHADOR).

De forma sucinta, os sentidos identificados nas entrevistas sugerem que a cidadania, na concepção dos diferentes atores presentes na pesquisa de campo, está atravessada por premissas de cuidado ainda sob a ótica biomédica, verticalizada, em que o protagonismo dos usuários está subalternizado por construções culturais de incapacidades, que justificam o protecionismo.

E, em nome dessa suposta proteção, ficam comprometidos o empoderamento e a construção de maior autonomia. De outro lado, também existe um esforço cotidiano em reavaliar essa perspectiva, mas as sutilezas da área mental resultam em diversas armadilhas que se travestem de atitudes democráticas simplesmente pelo cuidado ter se deslocado do asilo/exclusão para o território. Existe a crença de que o cuidado em território é suficiente para viabilizar a inclusão, o que é uma análise bastante reduzida.

Pelos núcleos de análise consolidados a partir das falas dos sujeitos, foi possível identificar a presença das diferentes dimensões da Reforma Psiquiátrica apresentada por Amarante (2007): a teórico-conceitual ou epistêmica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. Mas a presença dessas dimensões no cotidiano de cuidado de um serviço e de uma associação não significa inexistência de tensões e paradoxos.

Os núcleos de análise foram problematizados no formato interrogativo. O primeiro – (1) Cidadania e relação ao tratamento ofertado? – identificou a presença dos dois paradigmas coexistindo ainda que de forma paradoxal, sugerindo que o

novo paradigma proposto extrapola o campo da assistência e está identificado na relação que a sociedade estabelece com os diferentes e com as diferenças. Ainda está posto um tratamento regido por premissas do campo biomédico, com dificuldades na intersectorialidade e na configuração de tratamento em território para as pessoas com transtorno mental. Foi apontado nesse núcleo a oferta de um tratamento de qualidade como condição para o exercício da cidadania, o que é inquestionável. Mas o tratamento em questão estava se configurando apenas pelo processo de diagnóstico médico e consequente prescrição medicamentosa.

O risco com a manutenção do modelo asilar assombrando o cotidiano de cuidados é mudar o lugar social dessas pessoas – do asilo para o CAPS. Este último, ainda que regido por maior respeito ético e dignidade, continuaria reproduzindo a premissa da exclusão. Por outro lado, a dimensão sociocultural também está presente no cotidiano de cuidados, revelando potência de vida e de espaço para produção de sentidos às pessoas com transtorno mental. Trata-se do velho e do novo coexistindo em embate.

O segundo núcleo – (2) Cidadania e o olhar sobre a pessoa com transtorno mental? – foi analisado de acordo com a dimensão epistêmica proposta por Amarante (2007) e pelos princípios de humanização propostos pelo SUS (BRASIL, 2015c). Existe, de uma forma geral, o pressuposto da solidariedade humanitária, que não alcança, porém, o projeto de humanização que incorpora uma composição ética, estética e política. O novo paradigma que coloca em destaque os sujeitos, com suas singularidades e subjetividades em um processo de garantia de espaço social para os diferentes, ainda tem um longo percurso pela frente.

Por fim, e não menos importante, o terceiro núcleo – (3) Cidadania e a garantia de direitos? – traz à tona a mobilização reivindicatória. Uma tarefa que, na história da saúde mental em Maringá, foi “delegada” a uma associação de usuários, já que o grupo de trabalhados refere dificuldades para esse tipo de enfrentamento, que pode ter conflito de interesses, penalização de gestor, entre outros. A dimensão jurídico-política (Amarante, 2007) é uma importante área de intervenção e formaliza avanços e conquistas. Mas, para que seja efetiva, é necessário que o movimento tenha a exata noção dos pressupostos que baseiam suas reivindicações. Existem muitas armadilhas nessa área, já que o movimento social pode se transformar em massa de manipulação de alguns pela falta de criticidade e conhecimento, o que ficou visível na fala de um membro da associação integrante do conselho do hospital,

ao manifestar angústia por não saber “de que lado ficava”, já que pensava na necessidade dos leitos naquele hospital pelos usuários, ao mesmo tempo em que se sensibilizava com a gestão hospitalar em virtude das suas dificuldades financeiras. Não ficou posto na fala desse membro da associação que um serviço em território fortalecido e intersectorializado dispensaria a existência de manicômios que, no fundo, apenas recolhem, segregam e devolvem esses sujeitos à sociedade, sabendo-se que, em breve, eles reiniciam o círculo.

É possível perceber que há movimentos para derrubar os muros internalizados em direções da desconstrução do modelo asilar e outros que confirmam o velho modelo de exclusão e negação dos sujeitos. Nessa lógica, vários aspectos estão em jogo: a formação dos profissionais; a disposição dos trabalhadores para atuar em rede, já que toda a rede se articula entre pessoas; a capacidade de os serviços se organizarem em rede e atuarem de um modo intersectorial; a possibilidade de as famílias e os usuários se articularem em movimentos reivindicatórios; a potência de certas atividades que ampliam talentos e a autoestima, como é o caso da arte, e neste caso, da música, que gera o despertar para a vida.

Deegan (1995) fala do coração endurecido e que necessita de cuidado para ser suavizado e criar esperanças e potência. Este cuidado perpassa pela tensão que envolve gestores, profissionais, usuários e familiares, possíveis parceiros ou não nessa grande empreitada que propõe o desabrochar de sujeitos para além de sua configuração biomédica.

CONCLUSÃO

Este estudo não apresenta um pensamento acabado. Trata-se de um projeto que, diante da força da pergunta que formulou, encontrou múltiplas respostas as quais, seguindo a lógica da ecologia dos saberes, consideram a perspectiva de respostas incompletas para questionamentos fortes. A tentativa deste estudo foi a de captar as diferentes epistemologias presentes na temática da cidadania para as pessoas com transtorno mental na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A pergunta original que motivou este estudo – e que me intrigava enquanto trabalhadora em um serviço contemporâneo de saúde mental – foi atravessada por diferentes ângulos, diferentes epistemologias, incluindo visões rivais, paradoxais, contraditórias e também, em alguns casos, complementares. Trata-se de uma construção pautada pelos pressupostos da ecologia dos saberes, de Boaventura Sousa Santos, presente nos capítulos, como uma orquestra de vozes multifacetadas. Intencionalmente busquei apresentar em diferentes tons a pluralidade presente nas categorias cidadania e modo psicossocial de cuidado, perpassando por suas muitas dimensões: exclusão, desrazão, loucura, igualdade, direitos, inclusão, diferença, aumento de autonomia e contratualidade, novo lugar social para os diferentes.

A proposta foi apresentar a tensão do conceito cidadania e seus principais contrastes, ênfases, discursos, silêncios, cenários sociais e políticos que revelam as formas possíveis de resistência e de emancipação, além, também, de retrocessos. Afinal, a realidade é contraditória e está em movimento, entre idas e vindas.

Cidadania foi dimensionada a partir de dois grandes paradigmas de cuidado, que estão presentes neste estudo, espalhados em diferentes capítulos e por diferentes ângulos: o modo asilar e aquele que pretende superar e ser alternativo a ele, o modo psicossocial de cuidado. A superação do modo asilar, para ser efetivo, deve se estender para além da mudança no local de atendimento, modificando além do *locus* geográfico de assistência, do asilo para o território, também o *locus* simbólico e cultural. Esse movimento de paradigma, e não apenas mudança geográfica teoricamente, possibilitaria a inclusão das pessoas diferentes, para além de suas diferenças.

A história nos informa que o rapto da loucura feito pela psiquiatria a configurou pela premissa da desrazão e definiu o asilo como o lugar social de existência. Iniciei – como uma ortodoxa pesquisadora que precisa saber de onde veio para somente então escolher para onde vai – pela história da constituição da psiquiatria. E o princípio, o nascimento da psiquiatria marcou o “não lugar social” dos loucos. A constituição da psiquiatria, ainda no século XVIII, foi pautada no pressuposto da desrazão e, assim, com a legitimidade da ciência médica, a consequente exclusão social dos loucos em instituições asilares. O status de doença não resultou na qualificação de cidadania para o louco, mas na sua tutela institucional em nome de uma terapêutica normativa. Sob a concepção de proteção, os então adjetivados como alienados não eram considerados seres de discernimento com possibilidade de respeitar as regras e firmar o pacto social; e, nesse sentido, não tinham seu poder contratual confirmado socialmente.

O meu problema inicial estava centrado no cruzamento de duas categorias: a da cidadania e a do modelo de cuidado contemporâneo, encontrando, neste estudo retrospectivo e histórico, as bases embrionárias da exclusão social do louco e de sua configuração como não cidadão ou, ainda, quase cidadão. O modelo asilar, com origem embrionária em Pinel no século XVIII, está assentado no paradigma da desrazão e da diferença e, nesse sentido, inviabilizaria qualquer proposta de vida cidadã, já que cidadania é um processo relacional para cuja efetividade as pessoas com transtorno mental deveriam estar circulando, interagindo e usufruindo do mundo.

Percorrendo a constituição do cuidado para as pessoas com transtorno mental na história, foi possível identificar as diferentes propostas de tratamento, destacando o projeto contemporâneo da Reforma Psiquiátrica brasileira que, pautado pelo projeto de Psiquiatria Democrática Italiana, trouxe para o centro de discussão o cuidado pela via do resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental. Muitos foram os projetos históricos reformistas, mas o diferencial, naquele momento, foi propor um novo paradigma, em que a doença estava subalternizada em nome da visibilidade para o sujeito que sofre.

Esse projeto reformista destacou diversas premissas que deveriam estar compondo os novos sujeitos de direitos: inclusão, respeito às diferenças e aos diferentes, aumento da autonomia, novo lugar social. Mas, para a efetividade deste projeto, existia a necessidade de romper com o modelo asilar configurado pela

hospitalização e pelo tratamento pautado pelo modelo biomédico, com centralidade nos sinais e sintomas.

O modelo asilar e o modelo psicossocial de cuidado se contrapõem, fornecendo as ferramentas para as análises posteriores, motivo pelo qual recorri a eles como guia de análise para os estudos sequenciais. Assim, inclusão/exclusão, igualdade/diferença, cuidado em instituição asilar/ cuidado em dispositivos abertos, dependência/aumento da autonomia e da contratualidade ajudaram a refinar o olhar para identificar os sentidos e significados da cidadania nos diversos ângulos pelos quais foi acessado esse construto: o da clínica no novo paradigma, o dos movimentos sociais, o dos documentos oficiais, os de um serviço contemporâneo de cuidado e também em uma associação de usuários.

A nova clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira carrega por essência a possibilidade de participação. É uma clínica política que considera que a mudança não está localizada no sujeito com transtorno mental nem restrita às mudanças nos tratamentos, o que muda é o olhar social sobre tais sujeitos.

Uma clínica que considera os aspectos biopsicosocioculturais integrando o processo saúde-doença-cuidado; considera ainda a horizontalidade nas relações, quer contemplando as diferentes disciplinas presentes, quer contemplando os diferentes atores envolvidos, incluindo os usuários, além do respeito às singularidades e subjetividades presentes, com possibilidade de existência para os diferentes. A nova clínica faz rupturas de ordem ética, política e epistemológica com vistas à produção de um novo lugar para a subjetividade louca e o estabelecimento de outra relação social com a loucura.

O movimento social organizado de usuários e familiares, tanto no nível internacional quanto no nacional, tem presença potente na configuração dessa nova clínica, apresentando provocações como a do Nada sobre nós sem nós! Ou, ainda, o conceito de *recovery*, que necessariamente considera a perspectiva de participação efetiva dos usuários, inclusive na definição de sua assistência. Os movimentos sociais e o empoderamento dos usuários e familiares podem ser considerados expressivos e sinais de incorporação dos preceitos que circundam essa nova clínica.

Este novo paradigma de cuidado proposto pela Reforma também está presente nos textos oficiais e não oficiais produzidos por organismos internacionais, pela organização social e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, sugerindo

que a cidadania está sendo posta repetidamente em destaque. A cidadania está formalizada nestes documentos, em que pesem os questionamentos sobre propostas de inclusão; o respeito às diferenças; o aumento da autonomia; a reivindicação de direitos, tanto os sociais que abrangem todos, quanto os especiais que compensam as sequelas da exclusão; e também os serviços pautados pelo paradigma que destaca o sujeito em sofrimento e subalterna os sintomas e novo lugar social para as diferenças. Os documentos são assertivos e se repetem ao longo do tempo, em um processo de confirmação reivindicatório, ao mesmo tempo que sugerem sua não efetividade na práxis, já que retornam e retornam e retornam.

Com a necessidade de verificar como um serviço contemporâneo de cuidado em saúde mental e uma entidade associativa têm efetivado sua práxis no momento em que (co)habitam o paradigma asilar e o que tem afinidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira fui ao campo. Considerando sua base epistêmica, o cuidado concebido pelo modo psicossocial tem uma clínica estendida, que rompe com o modelo vertical e centrado na disciplina médica. Trata-se de uma clínica consubstanciada pelo aumento da autonomia, que inverte a premissa de desvalor natural para a de valor possível. É um cuidado que tem o papel de agenciar o pertencimento social do louco.

Na pesquisa de campo foi possível apurar que o constructo da cidadania das pessoas com transtorno mental não está problematizado na profundidade que o tema requer, não existindo, portanto, na prática cotidiana, atitudes terapêuticas frequentes voltadas para a participação cidadã. Ainda que exista comunhão com o novo paradigma, o modelo asilar é bastante potente, e os diferentes atores envolvidos apresentam uma prática que indica a coexistência do velho e do novo.

Ações verticalizadas, o olhar desqualificador sobre as pessoas com transtorno mental, a clínica focada em disciplinas e com dificuldades para a intersectorialidade, o CAPS como *locus* de existência ainda estão em evidência na prática cotidiana, a garantia de direitos comprometida inclusive em nome do cuidado. Ao mesmo tempo, existe um nível de autocrítica e angústia por parte dos envolvidos que sugere uma clínica em movimento de construção.

A gestão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira não está se configurando como o pensado originalmente pelos teóricos precursores e exposto nos documentos produzidos na área. É importante analisar os sentidos e significados de atitudes aparentemente simples como o da política pública de saúde mental na

cidade, que aglutinou os serviços de saúde mental em um bairro periférico da cidade, como o projetado em Maringá, que pode colocar em risco os pressupostos da inclusão, categoria central quando o tema é o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental. Para além dos princípios que norteiam as ações dos atores diretamente envolvidos – trabalhadores, usuários, familiares, membros de associação –, existem dificuldades de ordem estrutural, de gestão, políticas e que assombram a possibilidade efetiva do aumento da contratualidade da pessoa com transtorno mental.

Repetidamente a cidadania estava sendo apresentada na construção de um novo lugar social para a loucura. Ou seja, a possibilidade de efetiva vida cidadã para o louco tinha como condicionalidade a concepção de uma sociedade em que a racionalidade do homem ocidental não fosse o parâmetro exclusivo de existência. Para entender essa lógica, que no início me causava estranhamento e agora me soa com singela simplicidade, necessitei percorrer diferentes, múltiplos e complementares caminhos que foram sintetizados nas páginas distribuídas nos capítulos deste texto.

No Brasil, muito foi publicizado sobre os horrores dos hospitais psiquiátricos e, ao que parece, existe um entendimento raso de que um efetivo processo de desospitalização e humanização do tratamento seriam suficientes para a garantia de um bom e adequado cuidado em saúde mental. Mas, de fato, tratar o louco com maior solidariedade humanitária e em um serviço aberto não é suficiente para a garantia de sua cidadania e existência igualitária na diferença que o constitui.

A pesquisa de campo mostrou que existe um esforço por parte dos profissionais, dos usuários e também dos membros de uma associação para transmutar, no dia a dia de cuidados e de militância, a concepção de respeito ao outro em ações éticas, estéticas e amorosas. Esse respeito ao outro exige uma postura que permita sua existência para além dos sintomas que apresenta. O respeito e a prática solidária não esgotam o paradigma de cuidado proposto pela Reforma, que pressupõe o cuidado como um encontro dialógico entre pessoas, com o propósito de aumento de autonomia; em suma, um encontro potencializador de vidas.

Tradicionalmente cidadania é um constructo do campo social que liga uma pessoa a um território e, a partir dessa vinculação a um Estado-Nação, oportuniza o efetivo exercício de direitos e deveres. Mas não é possível conceber cidadania sem

participação, inclusão, o que remete à constatação de que cidadania é relacional, visto que ela não existe fora de um território e de um grupo social. Assim, a cidadania relacional está para além de uma vinculação burocrática dos sujeitos com um território. O que está em jogo é a forma como esses sujeitos se relacionam com esse território, e, no caso das pessoas com transtorno mental, essa relação está atravessada pela marca da diferença e da exclusão.

Como hipótese original, eu parti do princípio de que as ações de cuidado psicossocial desenvolvidas nos dispositivos CAPS encontravam dificuldades de diferentes ordens para o desenvolvimento de ações que contemplassem o núcleo duro da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é o resgate da cidadania das pessoas com transtorno mental. Esta tese inicial se configurou em verdade e é possível considerar que o cuidado ainda contém muito do velho, ainda que esse velho não esteja trancafiado por grades asilares. Existe a presença de construções biomédicas em detrimento dos demais aspectos do viver; a subalternização de disciplinas à psiquiatria; a negação da potencialidade das pessoas com transtorno mental e o exercício de cuidado que negava o outro com a justificativa de ser protetiva e supremacia de configurações pautadas por uma solidariedade humanitária para além de configurações inclusivas e de resgate da cidadania.

Derrubar os muros dos hospitais psiquiátricos não é suficiente para um cuidado que preze a constituição cidadã das pessoas com transtorno mental. A barreira dos manicômios mentais e seus desdobramentos ainda têm forte presença na mentalidade dos trabalhadores, dos familiares, dos usuários e dos integrantes de movimento social. Trata-se de uma construção sociocultural e histórica, que cruza o princípio da razão/desrazão com o princípio da igualdade/desigualdade entre os homens.

Aponto também para uma limitação significativa deste estudo, que se traduziu na restrição do tempo para a pesquisa de campo, realizada em Maringá, impossibilitando análises longitudinais que trariam maior densidade na coleta de dados e, por certo, proporcionariam maior riqueza de informações e análises. Mesmo assim, os dias passados na cidade, interagindo com usuários, trabalhadores, membros de associação e participando do cotidiano de cuidados foram de grande valia para o propósito deste estudo, principalmente pela generosidade e autenticidade nas trocas relacionais.

Este estudo partiu de um sentimento de indignação frente à violação de direitos presenciado enquanto trabalhadora de um CAPS regido pelo novo paradigma de cuidado: o caso de Janira – que teve recusado seu registro de nascimento tardio por ser uma pessoa com transtorno mental severo – foi emblemático no sentido de dimensionar qual é o espaço social de existência do louco. Ainda que esteja garantido um espaço respeitoso e amoroso no interior de um serviço de saúde mental, pouco valor tem se esse espaço não está amplificado no mundo.

O estudo histórico inicial me permitiu registrar a existência de um paradoxo fundante dos pressupostos de cidadania e loucura, qual seja, o paradigma da racionalidade e da igualdade. E a única forma de superá-lo está na reavaliação dos pressupostos racionalistas e universalistas que ainda circundam essas categorias, mesmo que nossa fala esteja calcada no século XXI e não mais no século XVIII.

Na perspectiva da cidadania no cotidiano de cuidados de um serviço contemporâneo, em uma associação de usuários e familiares, essa categoria emerge por uma vertente de humanização dos serviços e também no aumento da contratualidade e no olhar potencializador sobre o sujeito com transtorno mental, em respeito à sua existência-sofrimento. O dia a dia de cuidados se apresenta paradoxal, é como uma gangorra que ora pende para um lado e ora para outro, e dificilmente encontramos em um mesmo discurso a maximização do paradigma asilar ou do paradigma psicossocial.

Assim, ainda que exista clareza em relação ao cuidado preconizado pelo modo psicossocial, existe um paradoxo fundante e que limita a práxis.

Pelo estudo aqui realizado, não é possível configurar cidadania sem problematizar os princípios fundantes da psiquiatria e dos direitos do homem: o princípio da racionalidade e o princípio da igualdade e da diferença. Essas duas categorias são nucleares e estão umbilicalmente associadas às dificuldades para concretizar os pressupostos de existência cidadã apresentados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em alguns momentos foi possível identificar na práxis certo conforto no desenvolvendo de ações reduzidas ao prisma da humanização, como se isso fosse suficiente para abarcar a complexidade de uma terapêutica cidadã. Mas a mudança proposta pela Reforma Psiquiátrica é estrutural e sugere ressignificar o lugar social para as diferenças e o espaço contratual dos diferentes; e, nesse sentido, torna-se

um projeto que beira à utopia, já que exige imensas transformações. Uma tarefa hercúlea e que implica transformar a psiquiatria, exigindo mexer nos pontos de sustentação dessa ciência, já que não é possível mudar pela técnica uma estrutura social e histórica. Uma tarefa hercúlea e em alguma medida utópica.

Mas o que é a utopia? Santos (1997) nos lembra que a utopia nada mais é do que aquilo que ainda não está concretizado, alertando para o risco de – pretendendo justificar o que seja utopia – nos acomodarmos ao realismo do que existe e, assim, provocar riscos de, em determinado momento, termos de nos confrontar e até mesmo nos conformarmos com justificativas ao que existe, por mais injusto ou opressivo que a realidade nos possa parecer.

Assim, a pretensa utopia perseguida pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com sua mudança paradigmática em que coloca a doença entre parênteses e destaca o sujeito dela, também perpassa por uma revisão do espaço social que nossa sociedade dedica às diferenças e aos diferentes. A história de Janira, difícil de esquecer por retratar a miséria e riqueza humana e revelar as múltiplas dimensões da exclusão, é combustível para caminharmos rumo a esse projeto utópico chamado Reforma Psiquiátrica brasileira.

Chego ao final com a sensação angustiante e incômoda de incompletude, provavelmente resultado da extensão e complexidade do meu projeto. Ao mesmo tempo, carrego uma enormidade de conhecimento que, espero, se transfigure em debates acadêmicos e ações militantes.

A temática da cidadania é nuclear e fundante desse novo modo de cuidado psicossocial e deve ser tratada com profundidade e respeito, não apenas pelos teóricos da área, mas, principalmente, pelos diferentes atores-protagonistas envolvidos na construção do novo paradigma de assistência. Considerando a relevância que a categoria cidadania tem para a construção desse lugar social inclusivo e amoroso para os diferentes, creio que esta deve ser uma reflexão constante e atravessar o cotidiano de cuidados. E vamos ao trabalho, pois a esperança é equilibrista!

REFERÊNCIAS

ABRE, Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Disponível em: <<http://www.abrebrasil.org.br/web/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

AGÊNCIA CÂMARA NOTÍCIAS. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/POLITICA/464841-FATOS-MARCANTES-DA-HISTORIA-DO-BRASIL-NAS-DECADAS-DE-60-A-80.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

AGUIAR, W. M.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 222-245, jun. 2006.

ALFREDO, L. O dia em que estive lá. In: TOLEDO, J. F. **(Colônia): uma tragédia silenciosa**; fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/5478215.pdf?1449953914>>. Acesso em: 17 dez. 2016.

ALVES, D. S. Entrevista com Benedetto Saraceno. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], v.16, n.12 [cited 2016-12-04], p.4695-4700, 2011.

AMSM. **Estatuto Social da Associação Maringaense de Saúde Mental**. Maringá, 2007.

AMSM. Banner. 2009. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/amsm.php>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

AMSM Blog da Associação Maringaense de Saúde Mental. 2016. Disponível em: <<http://maringasaudental.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

AMARANTE, P. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, jul./set. 1995.

_____. **O homem e a serpente**. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999, p. 47-52.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 4. Reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25, n.58, p.26-34, 2001.

AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Orgs.). *Saúde mental e arte*: Práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012.

AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83-95, jan./jun. 2012.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde Debate** 2001; 25:26-34.

_____; _____. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p. p. 151-160.

ANDRADE, C. D. de. **Poesia completa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

ANDRADE, C. R. M.; CORDOVIL, F. C. de S. A cidade de Maringá, PR. O plano inicial e as “requalificações urbanas”. Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. In: COLOQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA, X., 2008. **Actas...** Universidad de Barcelona, 26-30 de mayo de 2008. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/55.htm>>. Acesso em: 26 set. 2016.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial. 2013.

AROUCA, A. S. A Reforma Sanitária brasileira. **Tema-Radis**, n. 11, p. 2-4, 1988.

ASSIS, M. de. **Obra Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunic Saude Educ.**, v.9, n.17, p. 389-94, mar./ago. 2005.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. Brasília 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 5.ed.ampl. Série E. Legislação de Saúde, 2004a, 340p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em: 18 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. 2007. 2p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/oficiodasupervisao.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015

BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 18 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., 5. reimp. Brasília, 2010, 44p.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011a, 106 p. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

BRASIL. Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011, 2011b. Disponível em:

<<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Saúde Mental em dados 8 Ministério da Saúde 2003-2010 - Governo Lula. Ano VI, nº 8, 2011c Disponível em:

<<https://deivissonlopes.files.wordpress.com/2013/04/sac3bade-mental-em-dados-8.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, 2011d. Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de Saúde. História das Conferências de Saúde. 2011e. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

BRASIL. Portaria Nº 132, de 26 de janeiro de 2012, 2012a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: 19 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, 2011. Ano VII, nº 11, 2012b. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. RASS Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde. Manual de Operação do Sistema. Versão 1.0. Brasília, Distrito Federal, 2012c. 22p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_operacional_ras_v.1.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. 2015a. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano 10, nº 12, 2015b. 48p. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS Volume 5 Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BETTO, Frei [Carlos Alberto Libânio Christo]. Martí y la Revolución cubana, 2013. America Latina en Movimiento online. Agencia Latinoamericana de Información Disponível em: <<http://www.alainet.org/active/61285>> Acesso em: 24 jul. 2016.

BIRMAN, J. A Identidade do Psiquiatra. **Saúde em Debate**, n. 13, p. 63-74, 1981.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 71-90, 1992.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade As alquimias no mal-estar da atualidade. Conferência realizada em Paris, na instituição La Psychanalyse Actuelle, em 5 de fevereiro de 1998. p. 35-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0035.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2016.

BIRMAN, J.; COSTA, F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. **História da clínica e a atenção básica: o desafio da ampliação**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

BENEVIDES, C. do V. **Um Estado de bem-estar social no Brasil?** 2011. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/EBES_no_Brasil_2_dissertacao_benevides.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 113-126, 1992.

_____. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRISCHILIARI, A.; BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P.; aMARCON, S.S. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v.35, n.3 [cited 2017-01-14], p.29-35, 2014.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BOARINI, M. L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de rede intersetorial. Textos de reflexão. NUPES - Núcleo de Pesquisa em Desigualdade e Exclusão no Espaço Social. Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: 18 mar. 2016.

BUENO, A. C. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BURALI, M. A. M. O trabalhador de saúde mental: complexidades e paradoxos no cotidiano de trabalho em um CAPS. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP, São Paulo, SP, 2014.

CDPD. Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CARVALHO, A. M. P. de. Pensamento de Boaventura de Sousa Santos em Foco: a reinvenção da emancipação em tempos contemporâneos. Seminário “Diálogos Jurídicos – Pós-Graduação em Direito”, Universidade Federal do Ceará – UFC, 18 de Agosto de 2009. Local: Faculdade de Direito. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/PENSAMENTO%20DE%20BOAVENTURA%20DE%20SOUSA%20SANTOS%20EM%20FOCO1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2016.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**. O longo caminho. 16. ed. 1.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo**. 2. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CAVALCANTE, F. G. **Pessoas muito especiais**: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: O QUE COMEMORAR E O QUE CRITICAR?, XV., Trab. educ. saúde [online]. 2016, v.14, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 dez. 2016.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis** [online], v.24, n.3, p.741-763, 2014.

CARTA de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial. 1993. In: ENCONTRO NACIONAL DAS ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Disponível em: <www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CARTA aberta do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 2014. Disponível em: <<http://www.crpri.org.br/antigo/noticias/2014/072514.html>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, set-out, 2004.

CISAM, Centro Integrado de Saúde Mental. Prefeitura Municipal de Maringá. 2016. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

CONEGLIAN, L. G. **Além da remissão dos sintomas? Reforma Psiquiátrica e CAPS na região dos Campos Gerais – PR**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

_____. Reforma Psiquiátrica e cidadania: considerações a partir de um CAPS de uma cidade do sul do Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, II., 2013. **Anais...** v.2, n.1, 2013. Unicentro. Irati. Brasil. Disponível em: <<http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/108.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

COSEMS Paraná. Revista Paraná. Experiências exitosas Revista do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR. Experiências Municipais Exitosas do Paraná. 2011. Disponível em:

<<http://www.cosemspr.org.br/index.php/biblioteca/category/20-revistas#>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública** [on-line]. 2007, v.23, n.9 [cited 2016-12-09], p.1995-2002.

COSTA, B. da et al. Assistência de enfermagem domiciliar à família e portadores de transtorno mental: relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.354-8, abr./jun. 2010.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. da. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, v.25, n.58, p.12-25, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1, I CNSM, Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2, II CNSM , Brasília, 1992. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Prom. de Saúde Mental, 1994. 64p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 3, III CNSM, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Conselho Nacional de saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL 4, IV CNSM. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, Conselho Nacional de saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012. Jornal do Conselho Federal de Psicologia. ANO XXIII N 105 – Dez 2012.

CFP/OAB. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em Prol dos Direitos Humanos - uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. 2004. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Relatorio_Inspecao_Unidades_Psiquiatricas.pdf>. Acesso em: mar. 2015.

CRPRS. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA RIO GRANDE DO SUL et al., Relato da participação no X Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial e o XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial. 2014. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/download/relato_ENMLA.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma... **Ensaio:** subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DANTAS, A. K. F. Dignidade da pessoa humana e extrema pobreza: elementos para um debate acerca da democracia brasileira. **Revista UNI Imperatriz**, ano 2, n.2, p.95-107, jan./jul. 2012.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ.**, Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DECLARAÇÃO de Caracas, 1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

DEEGAN, P. E. **Recuperação como uma viagem do coração**. Aliança para a Saúde Mental de Massachusetts/Departamento de Saúde Mental de Massachusetts. Conferência do Comitê de Curriculum e Treinamento da Prefeitura de Massachusetts, em 10 de maio de 1995.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela:** psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p.60-79, 2007.

DIAZ, F. S. Os Movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica: O “novo” na história da Psiquiatria do Brasil. 2008. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde_ – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.** [on-line], n.24 [cited 2017-01-15], p.213-225, 2004.

DUARTE, T. Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, v.1, nXXV, p. 127-133, 2007.

DUDH. Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

ECKS, S. Pharmaceutical Citizenship: Antidepressant Marketing and the Promise of Demarginalization in India. **Anthropology & Medicine**, v. 12, Iss. 3, 2005.

ENGELS, F. **La dialectique de la nature**. Paris: Éd. Sociales, 1952.

FRANCISCO, R. H. de B. **Diálogo intercultural dos Direitos Humanos**. 2003. Monografia (Bacharelado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.dhdi.free.fr/recherches/droithomme/memoires/Rachelmemoir.htm#_ftn2>. Acesso em: 3 jan. 2017.

FIGUEIRÓ, R. de A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 431-446, mai./ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800015.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FONTE, E. M. M. da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. 2012. **Revista Estudos de Sociologia**, UFPE, v.1, n. 18, 2012.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. psicol.** [on-line], v.15, n.1 [citado 2016-10-12], p. 94-115, 2015.

FRANCISCO, R. H. de B. **Diálogo intercultural dos Direitos Humanos**. Monografia (Bacharelado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. Coleção Primeiros Passos, 6.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: Um paradoxo? **Polêmica**, v.9, n. 3, p. 43 -55, jul./set. 2010.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Rev. psicol. polít.** [on-line], v.12, n.23, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. 9. Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, , 2012.

GOHN, M. da G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333 –361, mai-ago. 2011..

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital Psiquiátrico: (Re)afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**, v.14, n.1, p.87-102, jan./jun. 2002.

GONÇALVES, J. T. S. **Alfabetiza Brasil**: manual do educador. Curitiba: Módulo Editora, 2009.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto contexto - enferm.** [on-line], v.19, n.2 [cited 2014-05-02], p. 274-282, 2010.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HEGEL, G.H.F. **A Fenomenologia do Espírito**. Hegel. Os Pensadores. São Paulo: Abril, 1980.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003. 572 p.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento econômico e Social, Caderno Estatístico Município De Maringá. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87000>>. Acesso em: 23 set. 2016.

JARA, M. **Vivimos la mayor campaña de marketing de la historia para medicar a la infancia**. Blog de La Escuela Lacaniana de Psiconanálisis. 2015. Espanã. Disponível em: <<http://blog.elp.org.es/all/cat19/vivimos-la-mayor-campana-de-marketing-de-la-historia-para-medicar-a-la-infancia-miguel-jara/>>. Acesso em: 22 set. 2016.

JORGE-MONTEIRO, F.; MATIAS, J. Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? **Análise Psicológica**, v.1, nXXV, p. 111-125, 2007.

KANT, I. **Crítica à razão pura**. Kant. Os Pensadores. São Paulo: Abril, 1980.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde** [on-line], v.6, n.1 [cited 2017-02-25], p.87-106, 2008.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 55-9, 1996.

KINOSHITA, R. T. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1017/1144>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

KIPPER, D. J. Breve história da ética em pesquisa. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.2, p. 224-228, abr./jun. 2010.

LANCETTI, A. Loucura Metódica. **Revista Saúde & Loucura**, São Paulo, n.2, p.139-147, 1990.

_____. Notas sobre clínica e política. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** Ano VII, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0067.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p.

LAPS. Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (Congresso de Bauru, Folder, 1987 Programação. In: CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, II., 1987. Bauru. Por uma sociedade sem manicômios. São Paulo. Bauru. Disponível em:

<http://laps.ensp.fiocruz.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=314:programacao-ii-congresso-nacional-de-trabalhadores-em-saude-mental-por-uma-sociedade-sem-manicomios>. Acesso em: 15 mai. 2016.

LAURENTI, R. Pesquisas na área de classificação de doenças. **Saúde e Sociedade**, v.3, n.2, p.112-126, 1994. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

LIBARDONI, M. Fundamentos teóricos e visão estratégica da Advocacy. **Revista Estudos Feministas**, v.8 n.2, 2000. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936/11202>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

LIMA, T.S.C.; MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 7, 2007.

LOUGON, M.; ANDRADE, M.S. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, n.10, p.515-518, ECN-Editora Científica Nacional Ltda, 1995.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2>>. Acesso em: 10 out. 2016.

LUZIO, C. A. ; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicol. estud.** [on-line], v.15, n.1 [cited 2016-10-23], p.17-26, 2010.

MAD IN BRASIL. Disponível em: <<http://madinbrasil.org/2016/10/mad-in-brasil-editorial/>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

MALINOWSKI, B. **Objeto, método e alcance desta pesquisa**. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

MARINGÁ. **Manual do Centro de Atenção Psicossocial - Caps II Canção**. Maringá/Pr. Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

MARINGÁ. **Plano municipal de saúde de Maringá – PR. 2014 / 2017. 2013**. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/b65b3c5fcd38.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

MARINGÁ. **Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá – Paraná**. Secretaria Municipal de Saúde. Maringá. Paraná. 2015a.

MARINGÁ. **Projeto de Implantação de CAPS III**. Prefeitura Municipal de Maringá. Secretaria de Saúde de Maringá. Elaborado por Angela Maria Nogueira e Robsmeire Melo Zurita. 2015b,

MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. Disponível em:
<<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=000046d25b1x00&id=14>>.
Acesso em: 21 set. 2016.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Tradução de Meton Porto Gadelha, 1967.

MCWADE, B.; MILTON, D.; BERESFORD, P. Mad studies and neurodiversity: a dialogue. **Disability & Society**, v.30, n.2, p.305-309, 2015.

MEDEIROS, M. B. de M. Interdição civil: uma exclusão oficializada? **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 5, nov. 2006. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1021/801>>.
Acesso em: 18 mar. 2016.

MESQUITA, J.F. de; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T.. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 17., 2010. Caxambu (MG) – Brasil, 2010. Disponível em:
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf> Acesso em: 06 dez. 2016.

MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MNLA (Movimento Nacional de Luta Antimanicomial) Página virtual. Disponível em:
<<http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

MOREIRA, M. R.; FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; FRANCO NETO, T. de L. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - contribuições para a agenda política. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. v.20, n.4 [cited 2016-12-11], p.1047-1062, 2015.

MUÑOZ, N. M. Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatória [Internet]. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE O MÉTODO CLÍNICO, 2009. **Anais...** São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/coloquios/coloquio_meto_do_clinico/mesas_redondas/na_polifonia_de_uma_orquestra.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MUÑOZ, N. M.; SERPA JR., O. D. de; LEAL, E. M.; DAHL, C. M.; OLIVEIRA, I. C. de. Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. **Estudos de Psicologia**, v.16, n.1, p.83-89, jan.-abr.2011.

MUSSE, L. B. **Novos sujeitos de direitos**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHR_2001_por.pdf Acesso em: 22 mar. 2015.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

OLIVEIRA, A. G.B. de; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], v.10, n.1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, W. V. de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. Cienc. Saude - Manguinhos** [on-line]. v.18, n.1 [cited 2016-10-12], p.141-154, 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração de Caracas. 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 28 mai. 2015.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. et al. **Gestão Autônoma da Medicação** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFG; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. **Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em percursos de desinstitucionalização**. DSC/FCM/Unicamp. 2017. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/images/243ocurvas.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

ORIGEM da palavra. 2016. Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/site/pergunta/reabilitacao/>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.22, n.5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, mai./ago. 2001.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária brasileira: compreensão para a avaliação e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PARANÁ. Apsus Saúde Mental, Caderno 8, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

PASSOS, I. C. F. A. A questão da cidadania do louco. In: **Psicologia Social e Direitos Humanos**. Belo Horizonte: ABRAPSO/ ed. Campo Social, 2003, p. 159-170.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011.

PASSOS, I. F. Duas versões históricas para a psicoterapia institucional. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n.9, p.21-32, 2012.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.11, n. 2, p. 241-58, mai./ago. 2004.

PELBART, P. P. Manicômio mental – A outra face da clausura. **Revista Saúde & Loucura**, n. 2, 3. ed., p. 131-138, 1990.

PEREIRA, M. E. C. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latirwam. Psicop. Fund.** v.2, n.3, p.113-116, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

PFDH, 2015. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2015/marco/pfdc-propoe-acao-nacional-de-desinstitucionalizacao-psiquiatrica/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

PFDC GT Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) / Ministério Público Federal. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/roteiro-atuacao-desinstitucionalizacao-psiquiatrica-2015>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.** [on-line], n.114 [cited 2016-12-10], p.179-195, 2001.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], v.16, n.12 [cited 2014-05-02], p. 4579-4589, 2011.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 30 out. 2016.

POLS, J. **Analyzing Social Spaces**: Relational Citizenship for Patients Leaving Mental Health Care Institutions, *Medical Anthropology*, 2015. DOI: 10.1080/01459740.2015.1101101.

PROJETO FÊNIX. Disponível em: <<http://www.fenix.org.br/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

PROJETO GIRASSOL. Blog Projeto Girassol, 2017a. Disponível em: <<http://projetogirassolmaringa.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

PROJETO GIRASSOL. Projeto Girassol, 2017b. Disponível em: <<http://projetogirassolmaringa.com.br/site/>> Acesso em: 03 jan. 2017.

QUEIROZ, M. de S.; DELAMUTA, L.A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], v.16, n.8, p.3603-3612, 2011.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; ABRASCO, 1987. p. 15-75.

ROTONDARO, T. Novos projetos de cidadania biológica: a (re)construção racial dos selves neuroquímicos. **Soc. Estado** [on-line], v.28, n.1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922013000100009>. Acesso em: 12 out. 2016.

ROSOLEN, R. **Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 4. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

RUIZ, V. S.; ATHAYDE, V.; NOGUEIRA FILHO, I.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C.; ATHAYDE, M. François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8596/6488>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDAN, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano I, n.1, jul. 2009. Disponível em: www.rbhcs.com. Acesso em: 12 out. 2016.

SAES, D. A. M. de. **Cidadania e Capitalismo (uma Abordagem Teórica)**. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, Série Especial, Coleção Documentos, n.8, abril 2000. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/saescidadania.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

SANTOS, B. de S. Por uma concepção multicultural de Direitos Humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 40, p. 11-32, jun. 1997.

_____. **Pela mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, P. M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____; MENESES, P. M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B.de.S.; NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: SANTOS, B. de S. (Org.). **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 25-68.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.13-18.

SASSAKI, R. K. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 1. **Revista Nacional de Reabilitação**, ano X, n. 57, p. 8-16, jul./ago. 2007.

SEVERO, A. K. de S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v.14,n.1, p. 59-67, jan.-abr./2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a08v14n1.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SILVA, L. R. C. et al. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO — EDUCERE, 9., ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 3., 2009, Curitiba. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2016.

SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. Projeto copiadora do CAPS Luis Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.36, n.4, , dec. 2002.

SILVA, A. C. P. da et al. A explosão do consumo de ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.11, n.2 p. 44-57, 2012.

SILVA, J. de D. G. da; REINTGES, C. H.;ACIOLE, G. G. Discurso e poder na Reforma Psiquiátrica Brasileira: Uma análise Sociocognitiva da Lei Federal Nº 10.216/2001. In: SIMPÓSIO NACIONAL DISCURSO, IDENTIDADE E SOCIEDADE - SIDIS. Dilemas e desafios na contemporaneidade, 3., Unicamp. 2012.

SILVA, V. L. de O. STOP DSM! **Revista Látrico**, CRM-PR. 2013. p. 64-67
Disponível em:

<<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/iatrico/article/viewFile/387/378>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

SILVA, A. M. P. da. Serviço Municipal de Saúde Mental de Maringá: considerações e retrospectiva histórica. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2000.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.4, p.591-5, jul./ago. 2005.

SIMONE, A. S. Basaglia em Barbacena. In: TOLEDO, J. F. (Colônia): uma tragédia silenciosa; fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/5478215.pdf?1449953914>>. Acesso em: 22 out. 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SOARES, J. C. R. de S. Abordagens sócio-antropológicas na compreensão do uso dos medicamentos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.5-12, jan.-jun. 1997. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/1997_1/artigos/csc_1997_v5n1_05-12.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

SOSINTRA. Sociedade de serviços gerais para integração social pelo Trabalho. Disponível em: <<https://sosintrarj.wordpress.com/>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, mai./ago. 2011.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.9, n.1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TOLEDO, J. F. (Colônia): uma tragédia silenciosa; fotografias Luiz Alfredo. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/5478215.pdf?1449953914>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line], v.6, n.1 [cited 2016-12-04], p.73-85, 2001.

TRINDADE, J. D. de L. Os Direitos Humanos na perspectiva de Marx e Engels. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

VASCONCELOS, M. de F. F. de; MENDONÇA FILHO, M. Por uma genealogia das políticas de inclusão de saúde mental contemporânea: da produção de políticas identitárias e de modos variados de confinamento. In: MENDONÇA FILHO, M.; NOBRE, M.T. (Org.). **Política e afetividade**: narrativas e trajetórias de pesquisa. Salvador: EDUFBA; São Cristóvão: EDUFES, 2009. 368 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3w52w/pdf/mendonca-9788523208974-09.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Vivência**, n. 32, p. 173-206, 2007. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1000/1112>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

(Org). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 169-191.

VASCONCELLOS, V. C. de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [on-line], v.6, n.1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.

VENTURA, M.M.. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Pedagogia Médica. Rev. SOCERJ**, v. 20, n.5, p.383-386, set./out. 2007.

WEYLER, A. R. A loucura e a República no Brasil: a influência das teorias raciais. **Psicologia USP**, v. 17, n.1, p.17-34, 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/ 79/80, p. 27-37. jan./dez. 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192p.

II CNTSM - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, Manifesto de Bauru, 1987. São Paulo – Bauru. Disponível em:

<http://www.emarketingmt.com.br/CRPMT/Arquivos/carta_manifesto_luta_antimanicomial.PDF>. Acesso em: 18 fev. 2016.

III ENEUFLT, III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial, São Paulo, Santos. 1993. Disponível em:

<www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3721>. Acesso em: 28 fev. 2016.

IX Encontro Nacional de usuários e Familiares e VIII Encontro Nacional de Luta Antimanicomial. 2009. Disponível em:

<http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/2011/11/relatorio-final-do-ix-encontro-nacional_20.html>. Acesso em: 01 dez. 2016.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
USUÁRIOS, PROFISSIONAIS E MEMBROS DA ASSOCIAÇÃO**

Roteiro de entrevista aberta, com questões disparadoras
(Para usuário com Transtorno Mental)

1. Dados de identificação

Sugestão de pseudônimo: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____

1. Histórico de vida (Inclui informações sobre nascimento, fatos marcantes, escolaridade, sociabilidade, entre outros)
2. Histórico da doença (Inclui informações sobre início da doença, sintomas apresentados, reações de familiares e do entorno, informação sobre diagnóstico e tratamentos realizados, repercussão no dia a dia, mudanças ocorridas a partir do diagnóstico, entre outros)
3. Relações sociais (Inclui participação em atividades escolares e sociais, utilização dos dispositivos públicos, facilidades/dificuldades para inserção social, entre outros)
4. Participação no CAPS e/ou Associação (Inclui como chegou até o CAPS e/ou Associação, tipo de atividade desenvolvida, facilidades/dificuldades encontradas, mudanças observadas, entre outros)
5. Percepção sobre direitos da pessoa com transtorno mental.
6. Estímulo ao relato de vivências em que os direitos foram violados e/ou preservados.
7. Outras questões que podem surgir no correr da entrevista e que tenham relação com a questão da cidadania e dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Roteiro de entrevista semiestruturada, com questões disparadoras
(Para profissional do Serviço de Saúde Mental e/ou Associação)

1. Dados de identificação

Sugestão de pseudônimo: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____. Sexo: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

1. Relato do trabalho desenvolvido na unidade/ associação.

2. Relato do tipo de treinamento/ formação que recebeu para o desempenho das funções.

3. Relato sobre as informações que possui sobre as diretrizes nacionais do tratamento preconizado para a pessoa com transtorno mental.

4. Relato acerca dos espaços de participação decisória do usuário no cotidiano de cuidados do CAPS e/ou Associação.

5. Percepção sobre direitos da pessoa com transtorno mental.

6. Relato de situações em que observa a violação e/ou preservação dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Outras questões que podem surgir no correr da entrevista e que tenham relação com a temática da cidadania e dos direitos da

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Res.196/96

(Para profissionais que atuam no serviço)

O Sr. / a Sra. _____
 Idade: _____ RG: _____ Endereço: _____

está sendo convidado a participar de um estudo chamado “(DES) ENCONTROS DA CIDADANIA E DO MODO PSICOSSOCIAL DE CUIDADO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – Um estudo de caso” que está sendo desenvolvido por Lucimar Aparecida Garcia Coneglian, aluna do curso de Doutorado de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e orientada pela Professora Doutora Fátima Cavalcante.

Esse estudo tem por objetivo analisar a questão da cidadania para as pessoas com transtorno mental, no dia a dia da vida e dos serviços.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa por ser um profissional da área de saúde mental, inserido em um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial.

Para você participar dessa pesquisa será necessário que você responda algumas perguntas que serão gravadas em encontro agendado.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas você contribuirá para um maior entendimento de como os serviços e entidades de saúde mental estão desenvolvendo ações para o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental. Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Esse estudo quase não envolve riscos, mas se você sentir algum mal estar, pode se recusar a responder alguma pergunta ou ainda interromper a entrevista sem necessidade de justificativas.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, bastando para isto me comunicar sua desistência, sem que haja nenhuma consequência para você.

Se você concordar com o uso do seu primeiro nome deverá assinar um documento específico para isso. Caso contrário, será utilizado um pseudônimo respeitando seu desejo de não ser identificado.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

A qualquer momento você pode solicitar outras informações sobre esse estudo.

Em caso de esclarecimento ou reclamação, pode contatar a pesquisadora Lucimar Aparecida Garcia Coneglian, RG 1.650.476-9, Psicóloga – CP 08-02205 pelo telefone (42) 9925 6467 ou pelo e-mail lucimargconeglian@gmail.com.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefício do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: _____ / _____ / _____

 Assinatura do participante

 Assinatura da Pesquisadora

Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Av. Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 12
 Campus Uvaranas - Ponta Grossa - Fone : (42) 3220-3108 e-mail:coep@uepg.br

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (DES) ENCONTROS DA CIDADANIA E DO MODO PSICOSSOCIAL DE CUIDADO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - Um estudo de caso

Pesquisador: Lucimar Aparecida Garcia Coneglian

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55695316.8.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.586.584

Apresentação do Projeto:

A Reforma psiquiátrica brasileira se pautou na Psiquiatria Democrática proposta por Franco Basaglia que alertou para o fato da ciência psiquiátrica ter colocado o sujeito entre parênteses e ter se ocupado apenas da doença. A proposta é de mudança conceitual, que seria a de colocar a doença entre parênteses para que se ocupe do sujeito em sua existência-sofrimento. Os novos termos utilizados pela psiquiatria são transtorno mental, para o português e espanhol, e desordem mental em inglês, mas que “no campo da saúde mental a atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito”. Também existiu uma alteração do uso do termo ‘paciente’ para ‘usuário’: O termo ‘usuário’ foi introduzido pela legislação do SUS (leis n.8.080/90 e 8.142/90) no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um ‘paciente’. doença como um objeto natural, transformou-a no foco da ciência, secundarizando o sujeito que adoece. Nesta dimensão epistêmica, a Reforma Psiquiátrica propõe um novo olhar sobre as pessoas com transtorno mental, ampliando a configuração de doença para o da complexidade de existência da pessoa com transtorno mental, para além dos sintomas psiquiátricos que apresenta. Essa dimensão, que apresenta propostas de implantação de serviços abertos de assistência, desvela o olhar epistemológico norteador da

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 1.586.584

Reforma, que pressupõe mais do que estruturas físicas de assistência, implica em um ato de cuidar que “significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença” A Reforma Psiquiátrica brasileira não se reduz a questionar o asilamento das pessoas com transtorno mental e a propor serviços de saúde mental abertos e humanizados. De fato, ela se configura como um processo de reconstrução da “complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência” E neste contexto, cidadania é um constructo nuclear ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. Analisar como estão se configurando, enquanto constructo teórico e prático, os sentidos e os significados da cidadania para as pessoas com transtorno mentais acompanhadas nos dispositivos da RAPS, na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Objetivo Secundário:

1. Analisar, em perspectiva histórica, os pressupostos da cidadania com as questões socioculturais, legislativas e de assistência para as pessoas com transtorno mental.
2. Entender como o tema da cidadania se expressa no cotidiano de cuidado de um dos dispositivos integrantes da RAPS.
3. Entender como o tema da cidadania se expressa no cotidiano de atividades de uma associação de usuários e familiares de saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados apresentados em forma de tese de doutorado e em artigos publicados servirão para conhecer melhor a comunidade estudada, ajudando de forma crítica a entender os erros e acertos da reforma psiquiátrica brasileira. Essa experiência poderá ajudar no estabelecimento de políticas

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.586.584

públicas para o tratamento psiquiátrico na região estudada e também como fundamento de comparação para outras regiões brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa com questionários semi-estruturados aplicados para 10 familiares, 10 pacientes e 10 profissionais que participam de uma associação baseada nas diretrizes da nova política de saúde mental brasileira.

Serão comparados documentos, estatutos e regimentos da instituição com outros disponíveis. A Metodologia é compatível com os objetivos do estudo.

O desfecho primário parece ser a compreensão de que apesar das dificuldades o novo sistema é melhor do que o anterior à Reforma Psiquiátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- A folha de rosto está preenchida de forma correta e devidamente assinada.
- 2- Existe a autorização da AMSM, bem escrita e assinada. Está redigida em papel timbrado da instituição.
- 3- O TCLE compreende todos os requisitos necessários. Como os pesquisadores entrevistarão pacientes, seus familiares e profissionais da instituição. Há modelos diferentes, com possibilidade de entendimento do que está redigido pelos sujeitos da pesquisa.

Recomendações:

Os pesquisadores seguiram as recomendações anteriormente descritas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo deve ser aprovado.

Os pesquisadores devem estar atentos para os prazos determinados a partir da aprovação por este comitê e pela instituição. Os relatórios parciais e o relatório final deste estudo devem ser enviados nos prazos estabelecidos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.586.584

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_706331.pdf	03/06/2016 10:56:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AMSM.pdf	03/06/2016 10:46:23	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	03/06/2016 10:43:37	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familiar.pdf	03/06/2016 10:42:58	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.pdf	03/06/2016 10:42:15	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/05/2016 16:36:35	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	28/04/2016 08:38:34	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Outros	Entrevista_profissional.pdf	27/04/2016 13:46:36	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Outros	Entrevista_usuario.pdf	27/04/2016 13:25:01	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Outros	Entrevista_familiar.pdf	27/04/2016 13:22:50	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CECAPS.pdf	27/04/2016 13:19:29	Lucimar Aparecida Garcia Coneglian	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 13 de Junho de 2016

Assinado por:
ULISSES COELHO
 (Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.**Bairro:** Uvaranas**CEP:** 84.030-900**Município:** PONTA GROSSA**Telefone:** (42)3220-3108**E-mail:** coep@uepg.br

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA CECAPS – ASSESSORIA DE
FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DA
SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

OFICIO Nº 740/2016/SAÚDE

Maringá, 26 de abril de 2016

Prezada Senhora

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde; o projeto de pesquisa: **“(Des)encontros da cidadania e do modo psicossocial de cuidado no contexto da reforma psiquiátrica brasileira – um estudo de caso”**, a ser realizada nos CAPS e Consultório na Rua, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o aluno pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor.

Sem mais para o momento,subscrevemo-nos,

Atenciosamente



Lourdes Thomé
Coordenadora CECAPS

Ilm. Sr.
Prof. Ulisses Coelho
Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa - Pr

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA ASSOCIAÇÃO MARINGAENSE
DE SAÚDE MENTAL**

Associação Maringaense de Saúde Mental

CNPJ 03.984.641/0001-16

Utilidade Pública Municipal – Lei nº 5.496/2001

Utilidade Pública Estadual - Lei Nº 15.686/2007



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Associação Maringaense de Saúde Mental está ciente dos objetivos da pesquisa intitulada “(DES) ENCONTROS DA CIDADANIA E DO MODO PSICOSSOCIAL DE CUIDADO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – Um estudo de caso” desenvolvida por Lucimar Aparecida Garcia Coneglian, acadêmica do doutorado em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, e que está sendo supervisionada pela Professora Doutora Fátima Cavalcante.

Informamos que **foi autorizada** a estudante a fazer sua pesquisa em nossa entidade, e solicitamos que assim que ela obtiver o parecer do Comitê de Ética deverá entrar em contato com a AMSM para agendar sua entrada na entidade.

Maringá, 30 de maio de 2016


José Oswaldo Vieira
Vice-Presidente da Associação Maringaense de Saúde Mental

Dr. José Oswaldo Vieira
CNPJ 03.984.641/0001-16
R. Visconde de Albuquerque, 201 - Centro