

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

TATHIANA MEYRE DA SILVA GOMES

DE CIDADÃO E LOUCO...

**O DEBATE SOBRE A CIDADANIA DO LOUCO A PARTIR DO CASO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Niterói
2006**

Tathiana Meyre da Silva Gomes

DE CIDADÃO E LOUCO...

**O DEBATE SOBRE A CIDADANIA DO LOUCO A PARTIR DO CASO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço
Social da Universidade Federal Fluminense
como requisito parcial para obtenção do Grau
de Mestre. Área de Concentração: Política
Social.**

Orientadora: Prof^a. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

**Niterói
2006**

Tathiana Meyre da Silva Gomes

DE CIDADÃO E LOUCO...

**O DEBATE SOBRE A CIDADANIA DO LOUCO A PARTIR DO CASO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Política Social.

Apresentada em fevereiro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira
Fundação Getúlio Vargas

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz

À todos os loucos desta vida.

AGRADECIMENTOS

Não é tarefa fácil agradecer em tão poucas linhas a todos que contribuíram e estiveram ao meu lado nessa caminhada. Por mais que eu me esforce, as palavras ficarão muito aquém do meu sentimento, mas como ainda assim são necessárias...

À Deus, mais uma vez e sempre.

À minha família, que suportou a ausência, a falta de tempo e de atenção, e que mesmo distante me forneceu o apoio necessário para seguir em frente. Todos vocês são indispensáveis na minha vida.

A Marco, meu cúmplice e companheiro. Sei da dificuldade que foi para você me ter tão ausente, mesmo estando tão perto. Este caminho certamente teria sido mais difícil sem você ao meu lado. Obrigada pelo amor, cuidado e respeito constantes.

À Lenaura Lobato, pelas oportunidades de aprendizado e orientações sempre atentas e intelectualmente estimulantes.

A Paulo Amarante, pela disponibilidade, carinho e atenção. Mas, sobretudo, pela generosidade ímpar.

À Sônia Fleury, pelas contribuições teóricas e pelo exemplo de inteligência e compromisso.

Aos professores do curso de Mestrado em Política Social.

À Elaine Nascimento. Grande amiga e companheira que me amparou em muitos momentos me dando apoio intelectual e emocional. Não é possível não lembrar dessa fala sempre presente nos meus momentos de angústia: "*Querida, relaxa. Vai dar tudo certo*". Muito obrigada.

À Márcia Santana. Minha chefe e amiga. Pelo exemplo de pessoa e profissional comprometido. Pelas respostas sempre positivas aos meus apelos constantes. Devo também um muito obrigada à Sueli da Silva Costa.

Às queridas amigas e colegas de profissão: Ana Luisa, Daniela Falci (inclusão antecipada!), Daniele Melo, Isis Ferraz, Marcela Reis e Solange Machado. Amo vocês.

Aos "novos" amigos que tive a oportunidade de conhecer ao participar da pesquisa coordenada pela Prof.^a Sônia Fleury: Allan Mahet, Andréia Assis, Assis,

Andréia Oity, Flávio, Frank, Maria Lazo, Rosângela Alves, Tatiana Neves e Valéria Bicudo.

À Valéria Noronha pelas instigantes conversas.

À equipe da pesquisa “Avaliação do Benefício da Prestação Continuada”: Foi ótimo “enlouquecer” com vocês! Sentirei saudades.

Aos companheiros de jornada Ana Lole, Carlos Alberto, Celeste Anunciata, Eduardo, Melissa Yaakoub, Roseli Rocha e demais colegas de turma.

Um obrigado todo especial para Ana Paula Tatagiba e Robson Silva. Aprendemos juntos e a cada momento o valor que possui as amizades sinceras.

Aos usuários e à equipe do Caps Lima Barreto, pela acolhida dessa “estranha” pesquisadora.

À equipe da Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói, pelo comprometimento com o trabalho, mas especialmente, pelos momentos de descontração. Adoro estar com vocês.

À equipe do Centro de Atendimento Integral e Integrado à Criança e ao Adolescente, pela compreensão da minha ausência. Agradeço especialmente à Adriana Lorêdo.

À Sônia Lobato pelo suporte nas entrevistas.

Dedico esta passagem para os meus queridos amigos:

“Escolho meus amigos não pela pele, mas pela pupila. Tem que ter brilho questionador e tonalidade inquietante. A mim não interessam os bons de espírito, nem os maus de hábitos, fico com aqueles que fazem de mim louco e santo. Quero que me tragam dúvidas e angústias e agüentem o que há de pior em mim. Para isso, só sendo louco. Escolho meus amigos pela cara lavada e pela alma exposta. Não quero só ombro ou colo, quero sua maior alegria, amigo que não ri junto não sabe sofrer junto. Meus amigos são todos assim: metade bobeira, metade seriedade. Não quero risos previsíveis nem choros piedosos. Não quero amigos adultos nem chatos. Quero-os metade infância e outra metade velhice! Crianças, para que não esqueçam o valor do vento no rosto e velhos, e para que nunca tenham pressa...”

Oscar wilde

“Eu desconfiava
Todas as histórias em quadrinhos são iguais
Todos os filmes norte-americanos são iguais
Todos os filmes de todos os países são iguais
Todos os best-sellers são iguais
 Todos os campeonatos nacionais e internacionais de
Futebol são iguais
Todos os políticos são iguais
Todas as mulheres que andam na moda são iguais
Todas as experiências de sexo são iguais
Todos os sonetos, gazéis, uirelais, sextinas e rondós são iguais
E todos, todos
Os poemas em verso livre são enfadonhamente iguais
Todas as guerras do mundo são iguais
Todas as fomes são iguais
Todos os amores, iguais, iguais, iguais
Iguais todos os rompimentos
A morte é igualíssima
Todas as criações da natureza são iguais
Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes são iguais
Contudo, o homem não é igual a nenhum outro homem,
Bicho ou coisa
Ninguém é igual a ninguém
Todo ser humano é um estranho ímpar”.

Carlos Drummond de Andrade.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo *a possibilidade de construção da cidadania do louco a partir dos mecanismos propostos pela reforma psiquiátrica brasileira*. Nossa proposta tenta problematizar a relação entre dois campos complexos e aparentemente contraditórios, a cidadania e a loucura, a partir do caso do Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto localizado na zona oeste do Rio de Janeiro. A investigação utilizou a entrevista individual semi-estruturada e a observação participante como instrumentos para a coleta de dados. Ao todo foram entrevistadas onze pessoas, sendo seis profissionais e cinco usuários. A pesquisa revelou a necessidade de ampliação dos significados sociais conferidos tanto para a cidadania quanto para a loucura com vistas a uma efetiva articulação entre estes campos. Outro ponto revelado pela pesquisa sugere que a questão mais importante para o louco não é necessariamente a sua inclusão no estatuto de cidadania tradicional, mas a sua inserção e reconhecimento social.

Palavras chaves: Loucura. Cidadania. Exclusão/Inclusão Social. Reconhecimento Social.

ABSTRACT

The goal of this study is to investigate the possibility of *construction of citizenship for social inclusion of the mad through the directives proposed by the brazilian psychiatric reformation*. We propose to problematize the relationship between two complex and apparently contradicting fields, madness and citizenship, by the experience on Lima Barreto Psychosocial Attention Center - CAPS, located in the western zone of Rio de Janeiro City, Brazil. This investigation used semi-structured individual interviews and participating observation as data collection instruments. In all, eleven people were interviewed, six of them were professionals and five of them were users. The findings of this research revealed the need of enlargement of the social meanings both to citizenship and madness in order to an effective interaction between it. Another issue disclosed by this study suggests that, for the mad, the most important point is not necessarily his/her insertion in the traditional citizenship statute, but his/her social inclusion and acknowledgement.

Key words: Madness. Citizenship. Social Inclusion/Exclusion. Social Acknowledgement.

RESUMO	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO	13
1 A CONSTRUÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO	21
1.1. ANTECEDENTES DA CONSTRUÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	24
1.1.1 O Surgimento do Hospital Geral.....	29
1.2. O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	33
1.2.1. A Tecnologia Pineliana.....	33
1.2.2. O Nascimento do Manicômio.....	40
1.3. A CONSOLIDAÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	44
1.4. AS EXPERIÊNCIAS REFORMADORAS DO PÓS-GUERRA.....	49
1.4.1. A Psiquiatria Reformada: A Psiquiatria no Espaço Social.....	51
1.4.2. As Comunidades Terapêuticas.....	53
1.4.3. Psicoterapia Institucional.....	57
1.4.4. Psiquiatria de Setor.....	59
1.4.5. Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.....	62
1.4.6. A Antipsiquiatria.....	67
1.4.7. A Psiquiatria Democrática Italiana.....	71
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: CAMINHOS E DESCAMINHOS	73
2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA: A EXPERIÊNCIA DE FRANCO BASAGLIA.....	74
2.1.1. A Tentativa de Humanização do Manicômio.....	75
2.1.2. A Superação do Manicômio.....	78
2.1.3. O Dispositivo da Desinstitucionalização: Um Caminho Possível para a Cidadania.....	82
2.2. BRASIL: AS REFORMAS NO SETOR SAÚDE.....	86
2.2.1. O Processo de Reforma Sanitária.....	88

2.2.2. O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	94
2.2.2.1. <u>O Caps Luís Cerqueira e a Lei Paulo Delgado: Marcos Relevantes do Processo de Reforma Psiquiátrica</u>	102
2.2.2.1.1. <i>O Centro de Atenção Psicossocial Luís Cerqueira (Caps Itapeva)</i>	103
2.2.2.1.2. <i>A lei Paulo Delgado: A Possibilidade de Traçar Novos Rumos</i>	107
2.2.2.2. <u>O Centro de Atenção Psicossocial – Caps</u>	111
3 A TRAMA DO MÉTODO CIDADANIA A DIMENSÃO DE ANÁLISE	116
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUESTÃO DA CIDADANIA.....	117
3.1.1 A Cidadania no Brasil : Principais aspectos	122
3.1.2 O debate sobre a Fase “Moderna” da cidadania: As inovações desse Conceito.....	124
3.1.3 Afinal, que cidadão é o louco?.....	129
3.1.4 O Debate Paradoxal em Torno da Cidadania do Louco Enquanto Desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira	132
3.2 MATERIAL E MÉTODO	136
3.2.1.1. <u>A Abordagem Qualitativa</u>	136
3.2.1.2 <u>Os instrumentos de pesquisa</u>	
3.2.1.3 <u>A análise do conteúdo</u>	139
3.2.1.4 <u>Categorias de Análise</u>	141
3.2.1.5 <u>A dimensão da Análise</u>	
3.2.1.5.1 Categoria Percepção sobre o Centro de Atenção psicossocial	142
3.2.1.5.2 Categoria Autonomia	142
3.2.1.5.3 Categoria Expectativa de Futuro.....	143
3.2.1.5.4 Categoria Percepção sobre Reconhecimento Social	143
3.2.1.5.5 Categoria Percepção sobre Cidadania.....	143
3.2.1.6 <u>Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto</u>	144

3.2.1.6.1 A clientela do Caps Lima Barreto	147
3.2.1.6.2 Os Recursos de Assistência em Saúde Mental na Área Programática 5.1.....	151
3.2.1.7 <u>A chegada ao Campo : Primeiros Contatos</u>	152
3.2.1.8 <u>Os Sujeitos da Pesquisa</u>	154
3.2.1.8.1 O perfil dos entrevistados	156
3.2.1.9 <u>As notas de Diário de Campo</u>	157
3.2.1.10 <u>O Pressuposto</u>	162
4 FALAS, TEXTOS E CONTEXTO: A ANÁLISE DO MATERIAL	
4.2 O Caminho da Análise	164
4.2.1 Percepção sobre o Centro de atenção Psicossocial	165
4.2.2 Autonomia	167
4.2.3 Expectativa do Futuro	183
4.2.4 Percepção sobre o Reconhecimento Social.....	192
4.2.5 A Percepção sobre a Cidadania	200
CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
BIBLIOGRAFIA	212
ANEXOS	222

INTRODUÇÃO

Minha aproximação com o campo da saúde mental ocorreu ocasionalmente. Ao saber que estaria inserida como estagiária numa instituição de assistência destinada aos loucos fiquei insegura, pois entre outras coisas, não tinha conhecimento do processo de reforma psiquiátrica em curso e como a maioria das pessoas, havia introjetado todos os valores produzidos histórica e socialmente sobre a loucura e o louco: valores de desrazão, de periculosidade, de infantilidade, de agressividade e de incapacidade. A partir desses valores havia construído no meu imaginário um estereótipo dos sujeitos que eu encontraria. Contudo, minhas expectativas (negativas) não se concretizaram, pois quase que imediatamente fui surpreendida pela realidade e pela racionalidade dos “doentes mentais” e principalmente pela verdade contida em seus discursos. Homens sem razão que nada! Bastava uma escuta mais atenta para tecer a razão naquelas palavras.

No período em que permaneci no campo de estágio, participei de um grupo de discussão em que os usuários questionavam a sua inclusão efetiva no tecido social. Em seus discursos, a condição desta inserção aparecia vinculada ao reconhecimento da sua cidadania. Refletidas em mim estas inquietações produziram a necessidade de melhor conhecer aqueles sujeitos e suas questões. Na época estava terminando o curso de graduação e o objeto de estudo da monografia de conclusão de curso foi *a importância do trabalho para os “doentes mentais” como possibilidade de inserção social*. A escolha desta temática justificou-se por causa das questões relacionadas ao trabalho levantadas pelos usuários nos grupos de discussão.

Durante a confecção da monografia outras questões foram sendo suscitadas. A principal delas era: como tornar efetivamente os loucos cidadãos (se isto seria possível), tendo em vista que a reivindicação da cidadania do louco parece se colocar como uma especificidade da reforma psiquiátrica brasileira?

Sendo assim, o objeto de estudo deste trabalho é *a possibilidade de construção da cidadania do louco a partir dos mecanismos propostos pela reforma psiquiátrica brasileira*. Nossa proposta tenta problematizar a relação entre dois campos complexos e aparentemente contraditórios, a cidadania e a loucura, a partir do caso do Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto localizado na zona oeste do Rio de Janeiro.

Considerando que o Caps tornou-se um dispositivo central no processo de reforma em curso no Brasil, nosso objetivo é, a partir das falas dos usuários, identificar os principais impasses do processo de trabalho do Caps Lima Barreto; verificar se os usuários entrevistados identificam mudanças nas suas vidas após iniciarem o tratamento no Caps; captar o sentido e o lugar da cidadania para os “doentes mentais” que fazem tratamento no serviço onde esta pesquisa foi realizada.

No **primeiro capítulo** deste trabalho intitulado *A Construção do Paradigma Psiquiátrico*, as reflexões propostas têm como objetivo oferecer subsídios para uma caracterização do processo de exclusão social da loucura, a partir da apresentação da sua trajetória histórico-social.

Neste capítulo fazemos uma revisão bibliográfica destacando conceitualmente os aspectos relevantes da trajetória da loucura, enfatizando a constituição do asilo e da psiquiatria, como uma especialidade médica que confere à experiência da loucura um arcabouço científico específico. Assim, pretendemos com isto contextualizar a exclusão social dos “doentes mentais”.

A opção por um capítulo histórico ocorreu por uma necessidade informada pelo próprio objeto de estudo, tendo em vista a nossa proposta de pensar a cidadania dos loucos. Para tanto é preciso identificar na própria trajetória da loucura o seu momento de “retirada” efetiva do corpo social.

O fim do modelo feudal e ascensão da burguesia foram as condições efetivas que possibilitaram a ocorrência de transformações nas correlações de forças no campo social, possibilitando a organização de um discurso técnico-científico sobre a loucura que organizou um conjunto de dispositivos que passou a agir sobre ela e administrá-la (Koda, 2003).

A apreensão da loucura pela cientificidade médica foi justificada pelos mesmos pressupostos que reconheceram a existência de um conjunto de direitos que conferiram a condição de cidadão para todos os integrantes da comunidade política.

Neste sentido, um dos limites da cidadania moderna está no fato de que ela organizou-se a partir de uma vinculação estreita, e ao mesmo tempo impregnada, dos valores que estabeleciam um estatuto de normalidade para o conjunto da sociedade, justificando a exclusão de quem não se adequava a tal padrão.

A psiquiatria surgiu nos primórdios da modernidade para dar uma resposta ao problema social da loucura, momento em que a racionalidade se constituiu como a via reconhecida de produção de qualquer conhecimento e a partir do qual a cidadania foi assumindo um estatuto de normalidade.

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa [...] não entra no circuito regulado das trocas, essa ‘livre’ circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo da desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgridem as leis. Ilha da irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas

diferentes das que designam o lugar às pessoas 'normais' e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional (Castel, 1978, p.19).

Assim, são instituídas a prática de tutela e a castração social de forma irrecorrível, ambas baseadas na minoridade e no isolamento dos loucos.

Desde muito cedo a forma de tratamento com base no isolamento foi alvo de críticas, algumas mais contundentes do que outras. Entretanto, foi no período do pós-Segunda-Guerra que surgiram importantes movimentos críticos à tradicional forma de lidar com a loucura. Estas experiências foram, de um lado, expressão da própria indignação social contra todas as formas de violência que marcavam aquele período, e de outro, a própria materialização efetiva das críticas à forma de tratar baseada no isolamento e na violência física e simbólica.

Ainda neste capítulo, destacamos as primeiras experiências reformadoras da psiquiatria e do hospício, situadas no período pós-Segunda Guerra e que conferiram as bases iniciais para as reforma psiquiátricas que se seguiram.

No **segundo capítulo** – *A Reforma Psiquiátrica: Caminhos e Descaminhos* -, apresentamos o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, em que um dos objetivos é a construção de um novo estatuto para a loucura não mais exclusivamente baseado na tutela e na ausência de razão e verdade.

Para tanto, descrevemos em linhas gerais o Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, que se tornou uma referência mundial para a questão da desinstitucionalização da loucura e buscou romper, entre outras coisas, com o estigma e a exclusão social do louco, influenciando demasiadamente a nossa experiência. A reforma italiana foi caracterizada pela extinção e substituição dos manicômios por centros de saúde localizados na comunidade, baseada na proposta de desinstitucionalização que operou com o princípio de redução da clínica.

A reforma psiquiátrica brasileira pode ser definida como um “processo social complexo” (Amarante, 2003) que, entretanto, tem sido caracterizado pela criação de serviços comunitários que não visam necessariamente substituir o manicômio, operando como uma estrutura intermediária entre este e a comunidade. Aqui, tornou-se hegemônico no campo da saúde mental que a dimensão da clínica constitui um substrato inerente à própria reforma e que não há possibilidade de que a desinstitucionalização não passe por ela. Neste sentido, tomou-se um caminho distinto da experiência italiana: optou-se por ampliar a clínica.

Nas duas últimas décadas do século passado ocorreram diversas e importantes experiências no cenário nacional que transformaram o campo da saúde mental.

Na década de 90 presenciamos em âmbito nacional a criação, implementação e consolidação de serviços públicos em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica. São Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), Lares Abridados, Hospitais-dias, dispositivos que passam a constituir a política pública de assistência à saúde mental.

Sendo assim, precisamos pontuar que pretender o agenciamento de um outro lugar social para a loucura (Tenório, 2001, Birman, 1992) demanda não só ações concretas no âmbito técnico-assistencial, com a criação de novos serviços não-manicomais, mas um esforço social que desvincule a problemática da loucura das noções de incapacidade e periculosidade, que justificam em certa medida a necessidade de tutela dos sujeitos, ainda nos dias atuais, constituindo-se em um óbice a mais para a garantia da cidadania do louco.

Destacamos neste capítulo alguns dos principais momentos da reforma brasileira. Feito isso, nos detemos sobre dois eventos específicos: a criação do Caps Luiz Cerqueira, em São Paulo, e o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado.

Essa opção se justifica por acreditarmos que estes são marcos fundamentais na reforma brasileira. O Caps Luiz Cerqueira foi o primeiro Caps a ser inaugurado no Brasil. A criação de um serviço atuando numa lógica assistencial distinta da então hegemônica acaba por demonstrar, naquele momento, a viabilidade do projeto de transformação da assistência psiquiátrica.

No que tange ao Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado, sua importância está em dois aspectos: primeiro por publicizar o debate sobre as questões na área da assistência psiquiátrica, e segundo porque consideramos que é a partir da formulação deste projeto que a reforma vai sendo normatizada.

Por fim, avançamos no debate em torno do Centro de Atenção Psicossocial levantando alguns pontos relevantes para a reflexão.

O terceiro capítulo – *A Trama do Método: Cidadania a Dimensão de Análise* é dividido em duas partes. A primeira apresenta a discussão teórica de cidadania, problematizando especificamente a relação contraditória que se estabeleceu na modernidade entre as concepções de loucura e cidadania.

A temática da cidadania, especialmente os debates sobre seus sentidos conceituais, nunca ocuparam tanto o cenário acadêmico quanto na atualidade. Registra-se o recrudescimento do debate em torno dessa questão a partir do último quartel do século XX. A partir das leituras bibliográficas identificamos que a tendência atual no que tange a possíveis avanços no conceito de cidadania é a reivindicação do reconhecimento da diferença

A cidadania é necessariamente uma relação entre Estado e os membros da comunidade, onde o pressuposto de igualdade expresso na concepção moderna é uma das coisas que torna possível a construção do Estado-nação.

Partimos do entendimento que a cidadania tradicional como um sistema classificatório envolve necessariamente um princípio de inclusão que define, quase que automaticamente, os critérios de exclusão (Fleury, 2004 p.8). Vale lembrar que os principais elementos que delineiam o estatuto de cidadania – racionalidade, autonomia para a vida produtiva, normalidade – são os mesmos que contraditoriamente definem quem está ou não inserido nesta ordem.

Em relação a isso, Young (1990) afirma que o ideal de cidadania universal reitera a idéia de que todos são iguais, e é justamente a concepção das virtudes da cidadania como expressão da universalidade humana que opera a exclusão dos segmentos que não se adaptam ao ponto de vista geral.

Quando tentamos articular o campo da cidadania com o da loucura, percebemos que parece existir uma relação de oposição, de contradição entre as duas noções a partir dos sentidos sociais que adquirem: cidadania e seus corolários: autonomia, liberdade, igualdade, racionalidade, e loucura: irracionalidade, dependência, diferença, incapacidade. Deste prisma, poder-se-ia inferir que o louco se contrapõe ao cidadão, na sua aceção tradicional porque o este último representa a expressão universal de uma dimensão de subjetividade racional, enquanto o louco é o extremo oposto, representa a manifestação radical de uma subjetividade singular, do desviante, da desrazão (Bezerra Jr., 1992).

O louco não foi/é, especialmente a partir do século XVIII, considerado sujeito autônomo com capacidades para gerenciar a sua própria vida e tomar decisões, ainda que as mais simples. Constitui-se em segmento equiparado aos juridicamente ausentes, onde o curador é em muitos casos o próprio Estado. Desta forma, historicamente, a única possibilidade de cidadania estendida ao campo da loucura foi a baseada na tutela.

Ao propormos uma discussão sobre cidadania e saúde mental, percebemos a existência do risco de reproduzir o discurso social hegemônico e operarmos práticas ortopédicas para transformar o louco num cidadão ideal.

Outros riscos existem, e são basicamente de duas ordens: tentar restabelecer um arquétipo de subjetividade em que a loucura não se adapta e continuar a produzir a exclusão ao buscar agenciar um outro lugar social para a loucura (Leal, 1994, p. 89).

Assim, identificados os limites da cidadania tradicional frente o campo da loucura e os riscos de uma associação equivocada entre ambas, enfatizamos a discussão acerca da cidadania diferenciada como uma possibilidade de encaminhar a questão em voga.

Através das reflexões realizadas na confecção deste trabalho, acreditamos que para que as necessidades específicas dos “doentes mentais”, enquanto grupo excluído socialmente, sejam contempladas no campo da cidadania, é preciso que a existência das diferenças dos grupos em desvantagem seja reconhecida e considerada, tendo em vista que no processo de construção e reivindicação da cidadania tradicional, as especificidades da cidadania do “doente mental” não foram incorporadas.

Consideramos, portanto, a idéia de cidadania tradicional restrita do ponto de vista da inclusão social ao pressupor a igualdade formal e jurídica dos sujeitos, o que especificamente em relação aos “doentes mentais” ainda não está dado.

Na segunda parte deste capítulo chamada de *material e método*, apresentamos a metodologia utilizada nesta pesquisa, assim como a instituição onde realizamos a pesquisa de campo.

A pesquisa foi realizada no Caps Lima Barreto, situado na zona oeste do Rio de Janeiro, nos meses de julho a novembro. É uma investigação caracterizada como pesquisa de natureza qualitativa e se encaminha para a apreensão do significado mais profundo de como a cidadania pode se estabelecer no campo da saúde mental.

A nossa inserção no campo foi orientada pelo pressuposto de que a cidadania (ou sua ausência) seria uma questão importante para os usuários e que o Caps, enquanto um serviço de saúde voltado exclusivamente para o segmento da saúde mental, poderia reconhecer e estimular o exercício da cidadania dos ditos “doentes mentais”. Foram entrevistados ao todo seis profissionais e cinco usuários do serviço.

Para analisar o material coletado foram definidas três categorias analíticas às quais se somaram, com a entrada em campo, duas categorias empíricas.

A cidadania se constitui como a dimensão de análise desta investigação, ou seja, é ela que direciona o foco da nossa lente no trabalho de análise compreensiva do material coletado em campo.

Este capítulo contém ainda o que chamamos de notas de diário de campo, onde apresentamos três temáticas que apareceram com maior recorrência na observação participante, especificamente nas reuniões de equipe. Trazemos esta discussão para o corpo do texto por considerarmos que estes elementos são fundamentais na apresentação do cenário institucional.

No **quarto capítulo** desta pesquisa – *Falas, Textos e Contextos: A Análise do Material*, realizamos a análise interpretativa do material, através das categorias selecionadas por nós (analíticas) e informada pelas falas dos entrevistados (empíricas).

1 A CONSTRUÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.

“As ideologias são liberdade enquanto se fazem, opressão quando estão feitas”.

J. Sartre

Este capítulo trata da construção do paradigma psiquiátrico e seu desdobramento na exclusão social do fenômeno da loucura, com conseqüente invisibilidade social e impossibilidade dos sujeitos que compõe este segmento alcançarem, na modernidade, o *status* de cidadãos.

Traremos para o debate alguns elementos da trajetória da loucura, conferindo especial ênfase à constituição do asilo e da psiquiatria, contextualizando, desta forma, a exclusão daquele segmento.

Não estaremos recorrendo à história com o intuito de reconstruí-la ou abarcar a totalidade de acontecimentos referente à temática. O nosso objetivo é, a partir do uso da história, demonstrar a construção de um saber/poder sobre a loucura.

O nosso objeto de estudo nos apontou para a necessidade de realizarmos a discussão proposta neste capítulo, tendo em vista que a representação social que se tem da loucura na contemporaneidade é, em certa medida, fruto dessa história que delineou a identidade coletiva do louco, baseada na sua condição “psiquiátrica”.

A trajetória histórica da loucura e a sua relação com o corpo social (incluída aqui a psiquiatria) acabaram por conformar essa identidade coletiva da loucura cuja principal característica é a impossibilidade/incapacidade de realizar coisas, de produzir⁴⁴, de garantir seus desejos e vontades autonomamente.

A forma intervenção científica da medicina psiquiátrica no episódio da loucura – via isolamento – produziu, entre outras coisas, a sua exclusão do tecido social, forjando uma relação tutorial entre sociedade e loucura, a qual a reforma psiquiatria vem tentando desconstruir.

A exclusão pode ser comumente associada à situação de pobreza. Entretanto, Demo (2002) sinaliza que a noção de exclusão ultrapassa esta idéia, configurando-se como um processo de maior complexidade que é antecedido por uma situação de precariedade. Castel (1996, p. 113) alude que a exclusão:

[...] não se reduz a uma não-integração ao trabalho, pois é igualmente uma não-inserção na sociabilidade familiar, uma dissociação do liame social, ou seja, uma desfiliação.

No que tange à loucura, um momento marcante do processo de exclusão foi a sua apropriação pela cientificidade médica (momento da emergência do paradigma psiquiátrico) ou, mais especificamente, o momento em que a loucura foi transformada em doença mental, momento este em que onde a assistência destinada passou a ser realizada exclusivamente através do internamento.

Com o entendimento de que para tratar era preciso isolar e com a conseqüente perpetuação da prática do internamento, os loucos foram se tornando figuras que estavam cada vez mais distantes de adquirirem o status de cidadão, porque possuíam uma condição diferenciada dos demais: sua razão estava comprometida. Assim sendo, receberam uma proteção especial via tutela, que embora surgida com um intuito generoso de proteger, “anda na contramão da

⁴⁴ Não estamos fazendo uso dessa palavra no sentido de produção como categoria geral da lógica capitalista. Para aprofundar este debate, ver Bottomore, 2001.

autonomia e, portanto, na contramão da participação dessas pessoas como sujeitos sociais e políticos plenos” (Delgado, 1996).

Os internados como “doentes mentais”⁴⁵ não detinham a verdade sobre si, eram sujeitos sem razão que precisavam (acreditava-se) ser tutelados. Nesse processo perderam a sua autonomia e a possibilidade de reconhecimento social.

Neste trabalho nosso entendimento sobre a loucura situa-se no fato de que ela não pode ser explicada ou entendida apenas pelas suas configurações biológicas, sendo isso tão importante quanto considerarmos alguns marcos sociais singulares na história de cada sujeito. Compreendemos que existe uma dimensão de racionalidade no fenômeno da loucura que, de certa forma, a integra à razão.

À loucura foram sendo associados idéias, imagens, símbolos e significados negativos que marcam esta mesma trajetória. Embora não haja nem homogeneidade nem linearidade nessa trajetória, ou seja, nem sempre a loucura foi vista como algo que produzia afastamento e nem sempre era percebida como improdutiva/incapaz, a marca que a modernidade imprimiu ao fenômeno da loucura foi a da inutilidade. Não podemos afirmar que os loucos sempre foram um segmento excluído e à margem das trocas sociais, entretanto, a partir do século XVIII a exclusão social da loucura foi se tornando hegemônica.

Apesar da tendência da sociedade moderna de achar de que tudo sempre foi da forma como se apresenta hoje, deste redimensionamento do tempo (Calderón, 1998) em que todas as demandas e expectativas são da ordem da imediatividade e devem ser resolvidas aqui e agora, acreditamos que as representações em torno da loucura nem sempre foram negativas, tais como a falta de razão, a periculosidade e a inutilidade.

⁴⁵ A expressão “doença mental” carrega um sentido negativo muito forte, sendo necessário a articulação de outras formas de se referir aos loucos. Uma que vem sendo comumente utilizada e dá um outro sentido à experiência da loucura é pessoa em sofrimento psíquico. Por esta razão utilizaremos neste trabalho a expressão entre aspas.

Uma das literaturas que apresentam essa idéia é a obra de Michel Foucault, *História da Loucura na Idade Clássica*. Nesta, o autor demonstra como a apreensão e o trato da loucura nunca foram homogêneos e que as distintas formas sociais ao longo dos séculos lidavam com seus loucos de maneiras muito específicas. Na Grécia antiga, por exemplo, a loucura ora ocupava o lugar de saber divino, ora era vista como possessão demoníaca; na Idade Média a percepção social da loucura era de algo com conotação de pura alteridade.

1.1. ANTECEDENTES DA CONSTRUÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

Os ditos loucos possuem uma trajetória não linear de desprestígio, silenciamento e exclusão e ao longo da história a sociedade vem forjando formas sociais de perceber e lidar com a loucura, que acabaram por projetar e reproduzir esta mesma trajetória.

É no período da Idade Média que a lepra desaparece do mundo ocidental. Com seu desaparecimento, fica vago um lugar, que era também um lugar social: o asilo. A assistência destinada aos leprosos era basicamente a reclusão dos doentes em asilos e não almejava necessariamente um tratamento, malgrado os asilos funcionassem como espaços de segregação dos que lá estavam. Foucault sinaliza o quão importante é não procurarmos entender o sentido desta prática no seu resultado: ela não se inicia para isolar os a-sociais, inversamente, ela os criava, “alterando rostos familiares na paisagem social a fim de fazer deles figuras bizarras que ninguém reconhecia mais” (1972, p. 81).

Aos poucos se registrou a regressão da lepra em parte da Europa. Em alguns lugares os antigos leprosários foram, de maneira quase imediata, ocupados por loucos e todo tipo de incuráveis. Em outros lugares, o lugar destinado à lepra nos asilos é substituído pelas doenças venéreas que comumente estavam associadas à libertinagem. Entretanto as doenças venéreas logo se inseriram no *hall* das doenças alvo de intervenção médica, deixando novamente vago o lugar social do asilo.

A exclusão dos leprosos foi ratificada por importantes segmentos como a Igreja: Sua postura diante desta prática era a de que o abandono do corpo era a

salvação do espírito. A igreja pregava que através da provação colocada pela doença que aquelas pessoas alcançariam o reino dos céus e a verdadeira felicidade. Era através do sofrimento originado pela doença que eles obteriam a salvação.

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (Foucault, 1972, p. 6).

Era finda a lepra, mas não o valor de apartação que ela agregava. Este continuava parametrando e direcionando a construção do sentido da exclusão, cujo significado viria a embasar outras práticas de reclusão. Os asilos – com sua estrutura e significado – permaneceram, assim como a prática social da exclusão do Outro. Esta foi retomada cerca de dois séculos depois com a loucura.

Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta do século XVII, antes que se ressuscitem em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (idem, ibidem p. 8).

Já no período do Renascimento a loucura é percebida de distintas maneiras, expressada de várias formas, desde os ritos populares aos textos literários, estando intimamente vinculada a uma experiência transcendental. Exerce, neste momento, um poder de atração sobre os homens através dos mistérios/enigmas que a subjazem. A representação que se tem da loucura estava, por vezes, atrelada ao prestígio, no limite a algo *sui generis*. Neste momento, os loucos ainda não tinham sido totalmente silenciados em suas vozes e ações. De uma forma geral, ainda tinham o que dizer e não se constituíam como um segmento descartável para a sociedade, do qual ela poderia prescindir. Os delírios, *a priori*, não tornavam estas pessoas incapazes de realizar produções relevantes que gerassem, por um lado,

reconhecimento social⁴⁶, e por outro a própria possibilidade garantir sua subsistência e a de sua família.

O período da Renascença deixou a razão como herança para a loucura, ao conceber uma como forma indissociável da outra, ou seja, loucura e razão estavam intimamente ligadas. É como se a toda razão fosse reservado um episódio de insanidade, uma dimensão de loucura. Portanto, diferentemente do que seria forjado com o tempo, a loucura não significava necessariamente ausência de razão. Imaginava-se que a loucura continha um momento de razão mesmo quando se expressava na imediata contradição da verdade, ou seja, a verdadeira razão não estava isenta das formas de loucura. “De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão” (Foucault, 1972, p. 33).

Poder-se-ia inferir que até esse momento a representação da loucura está situada na fronteira da razão, e não fora dela. Não obstante, as formas de acolhimento da loucura vão se modificando. “O mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (Foucault, 1972, p. 78).

Com o passar do tempo a experiência da loucura é dissociada da razão. Conseqüentemente, a relação que se estabelece gradativamente entre a sociedade e a loucura passa a ser conformada por uma percepção desta como desrazão, ou como ausência da razão em sua totalidade, sendo associada à impossibilidade, tendo os seus atos negativados. Entretanto, Delgado informa que:

Muitas vezes o sofrimento psíquico decorre de uma insuportável hiperlucidez, um excesso de razão. Porém, a idéia de estar fora da razão faz parte do discurso sobre a cidadania especial do louco, que encontrará, no registro da tutela, um mecanismo fundamental de proteção peculiar (1996, p.4).

A ruptura da associação entre razão e loucura, e suas conseqüências, é gradual e irá perpassar todo o século XVII, consolidando-se no século seguinte.

É importante pontuarmos que mesmo quando a relação entre sociedade e loucura foi modificada, passando a residir no imaginário social associada à falta da

⁴⁶ Exemplo disto é que neste período alguns livros escritos por sujeitos ditos “loucos” eram intensamente consumidos por um público relevante na época. Isso se dá especialmente na França (Foucault, 1972).

razão integral, à demência e à impossibilidade, essa relação foi experimentada em estado livre: a loucura ainda circulava no tecido social, dispunha de sua liberdade e podia continuar compartilhando experiências. Essa foi uma situação que diminuiu gradativamente na mesma proporção em que se consolidou o saber médico-psiquiátrico como hegemônico e com ele a idéia de que a loucura deveria ser isolada como premissa para um tratamento.

Essa possibilidade de agir livremente, de compartilhar os mesmos e os diferentes espaços, ainda que esses fossem, em última instância, permeados pelo signo da diferença e da exclusão, proporcionava formas de lidar com a loucura e com os loucos como um Outro que minimamente participa do mesmo universo social, do mesmo mundo “humano”. Destarte, esta convivência possibilitava formas de sociabilidade e forjava práticas de proteção. As formas históricas de apreensão da loucura conformaram tipos de assistência e proteção diferenciadas que, como já sinalizado, variam de acordo com as representações que ela foi adquirindo ao longo dos tempos.

Se a livre circulação propiciava relações regidas pelas regulações da sociabilidade primária (Castel, 1998), o confinamento dos sujeitos nestes grandes hospitais torna cada vez mais distante este tipo de relação. É importante que tal situação não pareça uma decorrência natural e exclusiva da prática do internamento (também o é, mas é precisamente consequência da modificação da relação entre sociedade e loucura e das representações em torno desta última), porque se a tendência foi este distanciamento, ainda assim ele não extinguiu a existência de relações baseadas na proteção próxima. Proteção esta que segundo Castel (1998) é identificada em maior grau nas sociedades reguladas pela interdependência tradicional (como por exemplo nas sociedades feudais), mas que também está presente⁴⁷ em outras épocas – inclusive na contemporaneidade - ainda que reconfigurada.

⁴⁷ E é necessário que esteja, pois sua extinção colocaria em cheque a própria sobrevivência de sujeitos que em dado momento encontram dificuldade em garantir sua subsistência através do trabalho ou da proteção secundária.

O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, numa nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pela era clássica (Foucault, 1972, p. 55-6).

Um exemplo relevante sobre a livre circulação da loucura e as formas de proteção que foram forjadas e que somente eram possíveis através da convivência entre loucos e não loucos é o que acontecia no Rio de Janeiro no último quartel do século XIX, momento em que a prática do internamento, apesar de já configurada, não possuía caráter médico, como informa Engel (2001, p. 99):

A presença desses loucos nas ruas despertava reações variadas e contraditórias, desde a compaixão até a agressão física. Muitos deles [...] recebiam esmolas, alimentos e até mesmo um teto para se abrigarem nas casas de famílias vizinhas.

Não queremos dizer que a sociedade acolhe e aceita a loucura 'naturalmente' bastando para isso apenas o convívio, muito pelo contrário, os exemplos históricos nos mostram que não havia um sentimento unívoco em relação a ela, mas sim um misto de sentimentos, que iam da aceitação à rejeição. O que queremos demonstrar é que foi a partir do convívio e conseqüentemente do sentimento de pertencimento da loucura à sociedade que se tornou/torna possível a construção de uma relação, boa ou má, porém não indiferente.

A civilização moderna tem sido exitosa na produção de sujeitos errantes e de formas de marginalização desses sujeitos. Mas, na mesma medida, igualmente incompetente para discutir suas produções e apreender/conviver com alguns fenômenos. A sociedade moderna e contemporânea demonstra, de uma forma geral, ter dificuldades em lidar com a diferença e com o diferente, com o que não reconhece como próximo ou adequado aos seus padrões.

Neste sentido, parece que a experiência da loucura se coloca como algo da ordem do inexplicável, fazendo com que cada sociedade, nos diferentes momentos

históricos, se relacionasse de formas distintas com esta “coisa” que não se sabe muito bem de onde vem, porque ocorre e que desperta tantas inquietações.

De uma forma geral, não há uma explicação definida e engessada sobre o ‘como, quando e por quê’ da loucura, que revele uma relação causal sobre esse tipo de adoecimento, como acontece em outras áreas de medicina. Existe sim, ao contrário, uma fluidez que permeia estas respostas causando uma certa insegurança. E é, entre outras coisas, na tentativa de responder a estas questões que surge a psiquiatria nos primórdios da era moderna.

Não obstante, a relação entre sociedade e loucura foi se tornando cada vez mais homogênea na medida em que o hospital surgia como lugar social destinado aos errantes e, conseqüentemente, quando o isolamento se tornou um procedimento inerente ao tratamento destinado aos insanos, momento em que os loucos foram transformados em alienados.

1.1.1. O Surgimento do Hospital Geral.

No século XVII o lugar social destinado ao erro foi as casas de internamento ou os hospitais gerais. Novamente os valores morais permeavam o processo de segregação dos indivíduos em relação à sua exclusão do tecido e do convívio social.

Foi desta forma que este século respondeu à desorganização social e à crise econômica com o intuito de ocultar a pobreza e a miséria, conformando o que Desviat chamou de ‘Aniquilamento absolutista do desvio’ (1999, p.15-6). E foi o conceito do desvio que orientou, em vários momentos, as formas de organização social com relação à pobreza, à marginalidade, ao desemprego, à loucura e a outras formas de desvio baseada nos ‘erros’. Sobre as casas de internamento, Foucault alude que:

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (1972, p. 79).

Foucault (1972) sinaliza que as casas de internamento ou os hospitais gerais não surgiram dotados de um caráter médico. Este caráter somente foi imputado a estas estruturas posteriormente. O surgimento destes espaços foi marcado, num primeiro momento, por uma demanda econômico-moral.

A criação dos hospitais gerais data de 1656. Eles foram criados por meio de um édito real que atribuía à esta instituição “a tarefa de impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens” (Foucault, 1972, p. 64).

As casas de internamento surgiram aparentemente para dar conta de um problema sócio-econômico: a pobreza, que com a crise econômica⁴⁸ que assolou o mundo ocidental no século XVII passou a requerer algum tipo de intervenção mais específica.

Os pobres eram, por muitas vezes, acusados de não querer trabalhar e preferir permanecer na ociosidade, vivendo de esmolas através da mendicância. Tinha-se a crença de que havia um prazer imanescente à situação de pedintes. As medidas voltadas ao combate destas práticas pareciam cada vez mais rigorosas:

Deve-se puni-los de acordo com as leis e pô-los nas casas de correção; quanto aos que têm mulher e filhos, é preciso verificar se se casaram, se seus filhos são batizados, pois essas pessoas vivem como selvagens, sem se casarem, se enterrarem ou se batizarem; é esta liberdade licenciosa que faz com que tantas pessoas sintam prazer em ser vagabundos (Éden apud Foucault, 1972, p. 66-7).

Foucault alude que o aspecto inovador do hospital geral foi a substituição de medidas punitivas negativas por uma outra, baseada na detenção. “O desempregado não é mais escorraçado ou punido; toma-se conta dele, às custas da nação, mas também da sua liberdade individual” (Foucault, 1972, 65).

Antes de servirem de abrigo para a loucura, os hospitais gerais permanecem com a função de abrigar e ocupar os pobres e desempregados. Embora a loucura,

⁴⁸ Segundo Foucault, (1972, p. 66) a crise econômica afeta praticamente todo o mundo: “diminuição de salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise espanhola. Mesmo a Inglaterra, o menos dependente deste sistema dentre todos os países da Europa ocidental, vê-se às voltas com os mesmos problemas. Apesar de todas as medidas tomadas para evitar o desemprego e a queda dos salários, a pobreza não deixa de aumentar no país”.

de certa forma, sempre estivesse presente nestes lugares, visto que ela também era percebida como inutilidade social.

Nos períodos de crise econômica as casas de internamento assumiram a função de ocupar os desocupados; fora do período de crise, prender os ociosos: “mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos⁴⁹ e proteção social contra a agitação e revoltas” (Idem, ibidem, p. 67).

É a lógica do trabalho, associada à ociosidade e à moral, que conformará sentido ao hospital geral até o final do século XVIII.

Trabalho e ociosidade traçaram no mundo clássico uma linha de partilha que substituiu a grande exclusão da lepra. O asilo ocupou rigorosamente o lugar de leprosário na geografia dos lugares assombrados, bem como nas paisagens do universo moral (Foucault, 1972, p. 72).

Como informado anteriormente, os hospitais gerais ainda não eram destinados exclusivamente ao louco, mas a todo um segmento concebido como marginal, errante, ou seja, aqueles que eram percebidos como desviantes sociais. As casas de internamento ou hospitais gerais conferiam, em última instância, uma certa invisibilidade social para os que lá estavam.

Aparentemente, a existência destes espaços parece tornar mais fácil a convivência da sociedade com aquilo que ela rejeita ou não reconhece, ou com o que acha que não lhe pertence.

Aos hospitais gerais eram encaminhadas todas as pessoas que deveriam ser execradas do convívio social.

Embora o surgimento do hospital geral tenha sido marcado por uma necessidade econômica, sua manutenção não ocorreu exclusivamente por este

⁴⁹ A supressão da ociosidade assume um caráter moral, já que é concebida como o grande pecado do século XVII. Nas palavras de Foucault (1972, p. 72): “O orgulho foi o pecado do homem antes da queda; mas o pecado da ociosidade é o supremo orgulho do homem caído, o inútil orgulho da miséria...na Idade Média, o grande pecado *radix malorum omnium*, foi a soberba. Acredita-se em Huizinga, houve um tempo, na aurora da Renascença, em que o pecado supremo assumiu a forma da avareza, *cicca cupidigia* de Dante. Todos os textos do século XVII anunciam, pelo contrário, o infernal triunfo da Preguiça: é ela agora que conduz a ronda dos vícios e os provoca. Não nos esqueçamos de que, segundo o édito de criação, o hospital geral deve impedir a mendicância e a ociosidade como fontes de todas as desordens”.

motivo: ela foi caracterizada, entre outras coisas, pelas demandas da “moralidade”. Sendo assim, além da necessidade econômica, o aspecto ético-moral também foi um fator que fez tornar premente a existência do hospital, onde a experiência da loucura foi “encontrando seu lugar”.

Do mesmo modo, o hospital geral não tem o aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar; ele não tem simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas antes o de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O hospital geral tem um estatuto ético (Foucault, 1972, p. 74). Grifos do autor.

Portanto, estes mecanismos de apartação pareciam ter uma dupla finalidade, a de prestar ‘assistência’ aos pobres e de limpar a cidade, poupando os ‘verdadeiros’ cidadãos do convívio com este segmento considerado marginal.

Dörner nos apresenta a tipologia de sujeitos que eram alvos potenciais dos hospitais gerais:

Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílios, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos ou hereges, as prostitutas, os libertinos, os sifilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento, convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis (apud Desviat, 1999 15).

Com a reclusão destes segmentos sociais indesejados, a sociedade eximiu-se do convívio, e de certo modo, da responsabilidade para com eles. A conotação que a loucura assumiu neste momento foi e algo socialmente perigoso. Até aqui podemos afirmar que não há um estatuto para a loucura, o que ocorre mais precisamente com a intervenção de Pinel.

Do ponto de vista do objetivo econômico que lhe deu origem, a prática do internamento nos grandes hospitais gerais fracassou: não conseguiu reduzir a pobreza, tampouco agir sobre o desemprego, reabsorvendo os que se encontravam nesta situação. Com o passar dos anos esta experiência tornou-se cada vez mais incipiente, até seu desaparecimento em toda Europa no início do século XIX (Foucault, 1972, p. 70).

Para definir a internação e tentar demonstrar o significado social da prática do internamento através dos hospitais gerais recorreremos a uma citação de Foucault:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos à ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (1972, p. 78).

1.2. O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

“Criamos categorias de exclusão quando somos feitos para viver uns com os outros”

Georges

Benko

1.2.1. A Tecnologia Pineliana⁵⁰

Desde o início da prática do enclausuramento dos marginalizados nos hospitais gerais, a imagem social da loucura, foi a da agressividade e periculosidade. Isto justificava as práticas de isolamento e violência para com os alienados que, não raro, eram mantidos acorrentados e em situações similares nos hospitais gerais para proteger os demais do convívio perigoso e dos seus atos de agressividade.

Estes sujeitos deixaram gradativamente de ter a possibilidade de domínio sobre sua própria vida, suas vontades, seus desejos, sobre sua insanidade e até mesmo sobre os seus delírios, na medida em que as formas sociais se modificaram e estabelecem outros tipos de relação com a loucura. Isto se dá especialmente no momento em que a medicina psiquiátrica surgiu com seu estatuto de cientificidade para conceder respostas sobre a loucura, que passou a ser apropriada e concebida não mais como um fenômeno ou como algo instigante, mas, a partir de então, como

⁵⁰ CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

algo que precisava ser dotado de algum nível de racionalidade, que necessitava ser compreendida.

A experiência da loucura, que a essa altura já havia assumido uma conotação negativa, foi, então, gradativamente apropriada pela medicina, deixando de ser percebida como um fenômeno e passando a ser definida como uma alienação e posteriormente como uma doença. E como qualquer doença deve ser observada, estudada, classificada e tratada.

A Loucura foi aprisionada sem direito à réplica ao torna-se doença mental e principalmente ao ser submetida ao saber institucionalizado da psiquiatria somado a máxima ordem legal do direito, a justiça. A partir do veredicto destas instituições respaldadas e legitimadas socialmente não existiriam mais dúvidas: a loucura precisava ocupar seu espaço genuíno - o asilo. Embora a estrutura asilar permanecesse a mesma⁵¹, às antigas características somou-se uma nova: a função médica. Se antes o asilo não tinha um caráter médico e mais parecia uma “hospedaria”, é a partir do século XVII que este espaço vai sendo destinado à insanidade (tendo seu grande momento com Pinel no XVIII e tornando-se hegemônico no século XIX) e assumindo uma função essencialmente médica.

A loucura transita, então, da figura do trágico, integrada ao cenário do renascimento, para o momento da visão racional crítica – responsável pela sua morte social (Amarante, 1995).

O nascimento da psiquiatria ocorreu como produto das reformas francesas, no momento em que os reformadores delegaram a Pinel a atribuição de conferir, na medida do possível, um caráter terapêutico aos hospitais gerais.

A psiquiatria nasce recebendo o mandato de lidar e dar conta da loucura, que já vinha sendo submetida, desde o século XVII, à reclusão institucional [...] a primeira tarefa da psiquiatria é dotar a loucura de um estatuto de inteligibilidade, de uma tradução científica que permita sua adequação ao olhar e à intervenção do modelo médico. (Teixeira, 1996:69)

⁵¹ No sentido de que permanece constituída como uma instituição total.

Entretanto, a liberdade que Pinel se referia era uma pseudo-liberdade, já que os “doentes” não estavam livres dos limites do hospital, mas sim de um tratamento visto como desumano - eles livraram-se das correntes e dos porões, mas concomitantemente foram enclausurados pelo saber médico-científico e pelo hospício. No mesmo momento em que as propostas libertárias como condição para a cidadania ecoavam, a loucura era re-aprisionada, e sua exclusão legitimada científica e politicamente.

Os preceitos de Liberdade, Igualdade e Fraternidade surgiram no período iluminista e foram defendidos por distintos atores que possuíam concepções, em certa medida, também distintas sobre estes valores⁵². A marca deste período foi a defesa da liberdade e dos direitos do homem enquanto um cidadão. E para que o louco alcançasse esse patamar precisava estar de posse integral da sua razão. Neste sentido, era preciso primeiro restabelecer o seu discernimento para que depois acessar o *status* de cidadão.

A cidadania moderna surge com a ampliação de alguns supostos jurídicos, por meio dos quais todos sob a mesma jurisdição legal são igualmente possuidores de direitos e reconhecidamente merecedores de proteção legal.

O reconhecimento de que todos os indivíduos são inteiramente capazes de agir em consonância com a sua própria vontade passou a ser um elemento central da cidadania na modernidade.

A Lei de 1838 da França, que instaura a tutela médica do “doente mental”, influenciando toda a legislação psiquiátrica a partir de então, legitima e ratifica o espaço do manicômio⁵³. A nova ordem social que surgiu dava indícios de que não

⁵² Phillippe Pinel foi um desses atores.

⁵³ A palavra manicômio será empregada neste trabalho como termo genérico, para designar todo lugar de tratamento da “doença mental” que trabalhe na perspectiva de isolamento do indivíduo da sociedade.

Nosso entendimento sobre o termo manicômio é que ele se configura como uma instituição total onde os sujeitos têm espoliado a sua autonomia e identidade através das práticas características destas instituições. É nelas que ocorre ainda o que Goffman (1961) denomina de mortificação do eu, a partir das práticas padronizadas e violentas realizadas nestes espaços.

eram mais aceitáveis a privação da liberdade e as formas de atendimento que vinham sendo dispensadas à loucura. Esta nova ordem econômica, social e política, estava inscrita no projeto Iluminista, centrado na racionalidade. “Autonomia e autodeterminação se impõe na ordem burguesa, para ocupar o lugar da cultura tradicional, em que predominavam o sagrado, o mito e o encantamento do mundo” (Rosa, 2002, p. 139). Na França,

Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o contrato social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloqüente do absolutismo, tinha que ser abolido. Suprimidas as *lettres de cachet* – ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime -, o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas formas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo, perturbador, das paixões irritantes (Desviat, 1999, p. 16-7).

Nesta nova ordem que se instalou, o lugar social do louco foi o do invisível⁵⁴ e do indizível, diferente daquele lugar ocupado pela maioria dos sujeitos, especialmente os ‘cidadãos’. Porque a loucura não compartilhava da mesma racionalidade burguesa, ela permaneceu à margem do contrato social e a sua inclusão na sociedade, vista como um problema, foi equacionada através do mandato delegado à psiquiatria. “A medicalização da loucura arbitrou um novo *status* jurídico, social e civil para o louco [...] a lei francesa de 1838 fixou [a loucura] num estado de minoridade social, e por isso, tornou o louco uma pessoa tutelada pela psiquiatria” (Rosa, 2002, p. 140-1). “Sem voz, sem direitos, juridicamente inábil, incapaz e perigoso, o louco se configura em não-cidadão” (Nicácio, 1989, p. 93) na

54 A identidade que vai sendo conferida ao louco é, sem dúvida, a da marginalidade. Entretanto, se por um lado a medicina acaba por torná-lo invisível para o corpo social, por outro o faz um objeto visível para a intervenção de profissionais e instituições. O louco é ao mesmo tempo “excluído do meio social para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social” (Amarante, 1995, p. 46).

mesma medida em que o manicômio se revela como espaço de segregação, controle e exclusão.

Foi com o ato de Pinel de separar os loucos dos demais tipos de desviantes, que a loucura adquiriu definitivamente o estatuto de alienação e conseqüentemente de doença. A partir de seu trabalho, Pinel levantou a possibilidade de cura para a loucura, porque na sua concepção a alienação mental não possuía causas físicas e sim oriundas das paixões, como informa Moraes:

[...] as paixões, para Pinel, são modificações desconhecidas da sensibilidade física e moral, das quais somente podemos diferenciar e assinalar os caracteres distintivos por sinais exteriores [...] dessa maneira existem: as paixões debilitantes ou opressivas, assim com o desgosto, o ódio, o temor, as saudades, os remorsos, o ciúme, a inveja que são o gérmen de tantas desordens e males na vida social (apud Amarante, 1996, p. 47).

De acordo com a perspectiva Pineliana, havendo uma causa para justificar o enlouquecimento, tornava-se possível realizar um prognóstico a seu respeito, definindo a estratégia de tratamento e a cura do doente.

Não obstante, o conceito de alienação mental, que para Pinel não significava necessariamente a ausência de razão, mas, a contradição que impossibilitava a razão absoluta, foi firmado com a elaboração do que se considera a obra prima da psiquiatria moderna, *O TRAITÉ MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR L'ALIENATION MENTALE OU LA MANIE*.

A proposta terapêutica de Pinel era o tratamento moral baseado no isolamento do doente do mundo exterior, através do asilo. O asilo representava um espaço especial onde o tratamento poderia transcorrer até a cura do doente. Esse tratamento poderia então recuperar ou corrigir os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade, fazendo-os retornar à sua condição de “racionalidade normal”. Na tradição Pineliana o asilo é por si só terapêutico e, nesta perspectiva, o

isolamento é a condição *sine qua non* do tratamento moral. Em consonância com o curso das ciências naturais, era preciso isolar a loucura para poder observá-la em “estado puro”. Justificando o tratamento baseado no isolamento, Pinel argumenta:

Em geral, é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes. As idéias confusas e tumultuosas que os agitam são provocadas por tudo que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também se deve temer, exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados (apud Castel, 1978, p. 86-7).

A intervenção de Pinel sobre a loucura paradoxalmente aprisionou os loucos ao libertá-los das amarras a que estavam presos. E o fez porque o seu objetivo ao tratar da loucura não era identificar as causas de seu surgimento ou a origem da doença, mas observá-la, descrevê-la, perceber seus sinais, classificá-la segundo as diferentes ordens de distúrbios e agrupá-las⁵⁵. Isso por si só não possibilitou a alforria da loucura, inversamente, o que a “tecnologia Pineliana” (Castel, 1978) engendrou foi o seu aprisionamento, agora respaldado pelos cânones da cientificidade. Estavam, então, dadas as condições para o surgimento de uma nova instituição: a doença mental.

A contribuição de Pinel estava para além de seu ato histórico de desacorrentar os loucos das amarras e de mudar o ordenamento do hospital. Ele vislumbrava esta área de conhecimento (a psiquiatria) como parte da medicina, que se ocupava dela até então de forma tangencial. Ele fundou a psiquiatria como uma especialidade médica a partir da elaboração de uma síntese nosográfica sobre a loucura. A condição que tornou isso possível foi o isolamento na medida em que

55 No período revolucionário, Pinel teve participação no grupo conhecido como Os Ideólogos. Tomando como referência o modelo da História Natural, este grupo buscava “uma base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade” (Amarante, 1995, p. 39). Para esse grupo a observação empírica era fundamental para o entendimento dos fenômenos da realidade.

proporcionava a observação, a descrição, a classificação com o intuito de direcionar as formas de tratamento e assistência. “Conhecer a loucura é observar, descrever e classificar o que se chama às vistas do alienista como sendo estranho ao padrão moral” (Amarante, 1996, p. 41).

Pinel funda uma tradição - a da clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acreditava-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método do conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental (Bercherie, 1989, p. 31).

Acreditava-se que o manicômio era o lugar da ciência e por isso não contaminado pela cultura.

Contudo, a determinação do asilo, enquanto mecanismo de isolamento social, como instituição destinada ao tratamento apenas dos loucos, produz um efeito cultural. Em última instância os loucos passaram a ser aqueles que não devem dividir o mesmo espaço social com outros segmentos, ainda que também considerados socialmente marginais (mendigos, prostitutas, infratores da lei...). Exclusão e invisibilidade social foram as conseqüências dessa forma de tratar a doença.

O que se produziu, na verdade, foi uma separação destes grandes complexos de marginalizados, criando-se diversas instituições com características de instituições totais para cada tipo de sujeitos: abrigos para crianças, asilos para idosos e loucos (separadamente), presídios. Culturalmente a própria loucura, por si só, passa a ser a justificativa para a sua exclusão.

Desta forma, a institucionalização da loucura adquiriu legitimidade, tendo, a partir de então, o manicômio, que surgiu como instituição de estudo e tratamento da alienação mental, como expressão máxima deste modelo médico de tratamento da doença. Entrementes, a psiquiatria constituiu-se como saber, o manicômio tornou-se

lugar privilegiado de assistência à loucura e o médico colocou-se, ao mesmo tempo, como guardião da ordem e da moralidade públicas e protetor incondicional do louco, protegendo-o inclusive de si mesmo.

Nesse processo que atestou para a loucura um estatuto de “doença mental”, ocorreram alterações significantes no modo como a sociedade passou a pensar e lidar com ela. Se a loucura era concebida como uma doença, deveria ser tratada, medicada e curada. Se o “doente mental” não se adequava às posturas necessárias para conviver em sociedade, se a sua racionalidade não corresponde à racionalidade própria da sociedade burguesa, ele deveria ser excluído, internado, tratado e formatado até que possa estar “pronto” para o convívio social.

Antes de Pinel a loucura circulava, ainda que esporadicamente, no espaço social – quando não estava recolhida nos hospitais gerais. Com a sua intervenção, passando a destinar o espaço do asilo exclusivamente para o tratamento dos alienados da mente, esta convivência se tornou cada vez mais incomum, pois o *locus* designado ao louco passou a ser o manicômio, legitimado científica e socialmente. A relação entre sociedade e loucura fica cada vez mais distante (mas não inexistente) e permeada pelo signo da exclusão.

A psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promíscuo dos hospitais ou albergues para pobres originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas (Desviat, 1999, p. 19).

1.2.2. O Nascimento do Manicômio

Podemos dizer que o manicômio cumpre basicamente com duas funções, a saber: a médica e a social (aqui incluída a função de 'proteção social' para salvaguardar a sociedade de um contingente populacional incômodo). Os grandes asilos, enquanto mecanismos de apartação, possuem uma finalidade social clara: a proteção da sociedade, via a exclusão dos grupos indesejáveis. Este é o objetivo deste tipo de instituição, para a qual a proteção dos doentes fica num plano secundário. Em artigo publicado na Rivista Sperimentale di Freniatria, Franco Basaglia trata, entre outras coisas, da função do manicômio e do psiquiatra e ressalta:

Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consintam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco, e pela do próprio louco (2005, p. 49).

Segundo Goffman toda instituição tem tendência de 'fechamento', embora algumas apresentem mais esta característica do que outras. Uma instituição pode ser definida como total quando existe uma "barreira à relação social como o mundo

externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico [...]” (2001, p. 16).

Uma das características mais importantes de uma instituição total é, pela existência de uma barreira de contato com o mundo externo ou não institucional, a ocorrência da realização das mais distintas atividades em um mesmo espaço. Se fora do mundo institucional existem espaços específicos para a realização de atividades distintas (trabalho, lazer, descanso), a instituição total rompe com esta separação e todas as atividades passam a ser realizadas num mesmo local.

Numa instituição total os sujeitos têm a sua rotina diária previamente estabelecida. Nestes locais todo o processo de admissão (anamnese, recolhimento dos bens pessoais, higiene pessoal) serve para tirar o novo interno que chega das suas referências anteriores e para prepará-lo para o início de outra vida, agora de acordo com as normas institucionais. Tudo tende a ser padronizado: roupas, atividades, horários para realização das atividades, inclusive as pessoais. As atitudes também são padronizadas, já que os sujeitos não podem se expressar livre e autonomamente⁵⁶.

Os sujeitos que se encontram neste tipo de instituição têm espoliado uma das coisas mais caras ao ser humano na modernidade: a sua autonomia, especialmente para gerir as suas necessidades pessoais mais fundamentais. Fora do mundo institucional, por mais subordinada que uma pessoa seja à outra(s), ela não perde necessariamente a gerência sobre sua vida no que tange aos atos pessoais mais íntimos. Numa instituição com características totais nem isto é preservado. Mesmo quando o sujeito tem capacidade física e mental para realizar determinadas coisas não o faz porque não tem autoridade para isto, precisando constantemente pedir permissão para realizar tarefas simples (Goffman, 2001).

56 É preciso considerar as tentativas de resistência dos sujeitos à esse processo. Não obstante essas resistências existirem também no campo da saúde mental, aqui especificamente pode haver um limite: os fármacos, usados muitas vezes em grandes dosagens com o objetivo de amansar o doente. O principal objetivo numa instituição total, e no caso o manicômio, é que todos estejam agindo de acordo com as regras e normas pré-estabelecidas. Neste sentido, o internado perfeito seria aquele que está completamente dócil, que não questiona a tutela, a autoridade e o poder, que não oferece problemas ao perfeito andamento da instituição, e qualquer forma de resistência não se encaixa nesse perfil e pode ser percebida e o interno punido. Obviamente o limite ao qual nos referimos não significa a impossibilidade de existência das formas de resistência no âmbito institucional.

Algumas decisões como quando e com quem falar, o que vestir e comer são atitudes que comumente são tomadas fora do espaço institucional sem que seja preciso pensar muito sobre as possíveis conseqüências destas escolhas. No entanto, na instituição total até as atitudes mais comuns podem se tornar problemáticas. Isto por seu turno abala o “eu civil” do internado através do processo de despojamento institucional, pelo qual é transmitido ao interno um conjunto de regras e normas (que se não cumpridas geram sanções e castigos) que reorganizam a sua vida e conduta pessoal. Com tudo isto, a vida civil parece não ser possível para aqueles que estão internados em instituições totais (Goffman, 2001, p. 27).

Uma das formas mais eficientes para perturbar a ‘economia’ da ação de uma pessoa é a obrigação de pedir permissão ou instrumentos para atividades secundárias que a pessoa pode executar sozinha no mundo externo, por exemplo: fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar, gastar dinheiro, colocar cartas no correio” (Goffman, 2001, p. 44).

É nestes espaços que ocorre ainda o que o autor chama de mortificação do eu. Pela densidade desse conceito não pretendemos aprofundá-lo, faremos somente uma breve explicação. A mortificação do eu é definida como uma das características das instituições totais, ou melhor, um dos seus produtos, especialmente de prisões e asilos. O interno chega a estes lugares como portador de uma ‘cultura aparente’ (Goffman, 2001, p. 23), e segundo o autor não ocorre uma substituição do que já foi formado pela cultura específica – no sentido de

aculturação⁵⁷ – mas sim um desacultramento. Após longos períodos de internamento o sujeito poderá estar temporariamente incapaz de gerenciar alguns aspectos da sua vida cotidiana. Isso não significa que ele não conseguirá restabelecer alguns papéis na sua vida quando retornar para o mundo fora do asilo, mas certamente haverá perdas significativas e irrecuperáveis.

Destarte, a instituição total a partir das suas próprias características, das práticas imanentes e de todo o seu ritual (anamnese, vestuário único, homogeneização dos sujeitos) contribui negativamente para a manutenção da identidade do paciente. Ao contrário, ela produz o que Goffman (idem, ibidem) chama de “curso natural da doença” e a “mortificação do eu” do sujeito, `a medida que impõe uma identidade outra, que é a institucional.

Alguns exemplos de situações que contribuiriam para a mortificação do eu:

- As práticas padronizadas nestes lugares;
- A perda do nome;
- O confisco de bens pessoais, ou seja, a separação entre a pessoa e as suas coisas;
- Exposição contaminadora, em que o sujeito é obrigado a conviver com coisas com as quais não se identifica e mantinha certo distanciamento (sujeira, alimentos estragados...);
- Perturbação entre o ator individual e o seu ato. Em muitos casos as atitudes dos sujeitos são usadas contra eles próprios, seja para ridicularizá-los ou castigá-los.

57 Basaglia (1994) sinaliza que o uso do termo aculturação seria insistir na diferença entre uma existência de uma cultura sã (no mundo externo à instituição) e uma doente (no mundo interno), sob uma perspectiva maniqueísta.

Tudo o que vimos citando sobre as características do manicômio converge num processo de institucionalização em que não ficam claramente evidentes quais os sintomas que o doente apresenta referentes à doença mental e quais são decorrentes da sua institucionalização. A essa altura, o homem, já dominado pela serpente que o tomou⁵⁸, não consegue mais distinguir as suas vontades, necessidades, o seu desejo das normas institucionais que lhe foram impostas.

O internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem [...] Objetifica-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas (Basaglia, 2005, p. 53).

E nesse jogo, a força que provoca a exclusão social dos sujeitos e os destitui de qualquer possibilidade de cidadania, enquanto autonomia, emancipação e possibilidade de fazer escolhas na vida, é a força da autoridade e do poder da psiquiatria e do manicômio – lugar com extrema capacidade de desumanizar o humano - enquanto instituições sobre as quais a sociedade se ergueu⁵⁹.

Em suma, o manicômio surgiu como um instrumento, como tantos outros, voltado para a proteção dos cidadãos (que não devem ser perturbados) numa clara demarcação entre aqueles que a sociedade considera cidadãos e aqueles que podem ser qualquer outra coisa.

⁵⁸ Referência á fábula relatada por Jurij Davydov, em 1966 e utilizada por Franco Basaglia em analogia `a relação entre o manicômio e os seus internos. Consultar anexo 1.

⁵⁹ A psiquiatria e o manicômio somam-se a outras tantas instituições que serviram e servem de base para a sociedade.

E assim, institucionalizada, a loucura passa séculos apartada do convívio social. Certamente os preceitos de Igualdade, Fraternidade e Liberdade difundidos com a Revolução Francesa, não se estenderam a este segmento (na prática não se estenderam a muitos outros). Ao contrário, a cidadania moderna e os preceitos que emergem neste contexto foram o argumento que justificou a exclusão da loucura do tecido social.

Em suma, a universalização dos ideais advindos com a Revolução Francesa no século XVIII é de difícil compatibilidade com a racionalidade imposta pelas leis do mercado.

A criação da categoria de doença mental traria consigo, portanto, como uma marca congênita, o movimento de exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido uma solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres; são aliens, alienados. (Bezerra, 1992, p. 118).

Com efeito, “a assistência psiquiátrica mergulha [...] no longo sono [...] e não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra” (Resende, 2000, p.29). Com isto a experiência da loucura é silenciada por um longo tempo, posto que “a linguagem da psiquiatria, que é o monólogo da razão sobre a loucura, só se pode estabelecer sobre tal silêncio” (Foucault, 1961, p. IV).

1.3. A CONSOLIDAÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

No Brasil a questão da loucura somente se torna uma problemática quando a intervenção do Estado se faz presente com a chegada da Família Real⁶⁰, no início do século XIX.

Até este momento o hospital não possuía um caráter propriamente médico, sua característica era a de “abrigo dos desafortunados”. Era um lugar que agregava uma multiplicidade de sujeitos: crianças abandonadas, prisioneiros, indigentes, loucos, enfim desafortunados de toda a sorte. Essas pessoas contavam, portanto, com pouco ou nenhum tipo de assistência médica e os loucos – segmento cuja percepção social era a do descontrole e da periculosidade – não raro ficavam presos em condições sub - humanas.

Segundo Teixeira (1996) a própria criação no Brasil de um lugar especial destinado exclusivamente para a assistência à loucura foi um acordo entre elites, que primeiro se movimentaram para mostrar a necessidade de uma instituição terapêutica voltada para os loucos e aqueles que sofriam dos males da mente, e depois para que este *lócus* fosse dirigido por quem de direito, os médicos⁶¹.

Até este momento, o lugar destinado àqueles que precisavam de algum tipo de assistência eram as Santas Casas de Misericórdia, que tinham um caráter mais de abrigo. Eram comandadas, administrativamente, por freiras, o que por sua vez também conformava uma característica caritativa ao hospital. Este era, então, um espaço onde se fazia o bem, a caridade, onde a ajuda e o amor ao próximo eram uma concepção que parametrava as ações desenvolvidas.

Desde muito cedo, o isolamento se tornou mais necessário para os sujeitos pertencentes a classes sociais menos abastadas e privilegiadas. No Rio de Janeiro na década de 1830, por exemplo, os loucos pobres vagavam livremente pelas ruas enquanto não apresentassem nenhum comportamento violento. Já os loucos pertencentes a uma classe social mais abastada viviam com suas famílias, e de lá só saíam em momentos de crises agudas. Em ambos os casos o lugar destinado ao isolamento era o mesmo: a Santa Casa de Misericórdia ou o presídio, em situações

⁶⁰ Para uma discussão mais aprofundada ver Machado, R. et al. *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

⁶¹ Ao contrário do que acontecera em outros países, como na França onde o hospital psiquiátrico foi oriundo de um debate político.

específicas. E esta é a fórmula que delineia por um longo período a política de assistência ao “doente mental” numa sociedade marcada pelas diferenças de classes.

Cabe-nos sinalizar que uma das críticas do corpo médico era justamente a ausência de cientificidade do hospital, já que reivindicava para si o poder institucional que até então se centrava na Provedoria da Santa Casa de Misericórdia e na Igreja.

No caso específico da loucura, acreditava-se que a única forma de proteger, sociedade e loucura uma da outra e prestar a assistência ao “doente mental” era através de um hospital cuja atenção fosse voltada exclusivamente para este segmento.

Aqui o movimento de construção do hospital psiquiátrico seguiu os mesmos princípios teórico-metodológicos defendidos por Pinel: a assistência à loucura seguiu a premissa do isolamento como condição *sine qua non* para o tratamento.

Foi então criado no ano de 1841⁶² na cidade do Rio de Janeiro⁶³, na Praia Vermelha, o Hospício de Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Não obstante, seu funcionamento data do ano de 1852, tendo o hospício passado por obras por todo esse tempo para que pudesse servir ao seu propósito. Ao final, sua arquitetura mais se assemelhava à de um presídio, onde a palavra de ordem era o controle. Estruturalmente era dividido por classes que correspondiam à origem social de cada paciente. Numa conjuntura de medicalização do espaço social, o hospício vira uma máquina de poder que condensa a capacidade de controlar os desviantes. Num período de pouco mais de 10 anos já se encontrava superlotado. Sobre o hospital Pedro II, Teixeira comenta que:

O princípio da vigilância, arquitetonicamente materializado nas instituições congêneres da Europa, não fora esquecido por Guillöbel, como as sacadas, e a forma de corredores com celas individuais e de uma torre de vigilância, no centro do prédio. O hospício foi concebido com um grande retângulo,

⁶² Pela lógica presente na área de assistência à saúde de então, o hospital Pedro II também estava vinculado à estrutura das Santas Casas de Misericórdia.

⁶³ A inauguração do Hospital psiquiátrico associado à criação, em 1880, da cadeira de clínica psiquiátrica nos cursos de medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, conferiram a esta cidade o status de maior núcleo de produção e disseminação do alienismo do país à época.

enquadrando quatro grandes pátios internos, separados por um corpo central, de modo a distanciar duas alas, uma masculina e uma feminina...cada ala está ainda dividida em três classes: a primeira classe, que dispõe de quarto individual; a segunda com quarto para dois alienados; e a terceira, que congrega os indigentes e escravos, com enfermarias para 15 pessoas. Cada ala tem dois andares: o andar inferior era ocupado pelos doentes agitados, o andar superior, pelos doentes calmos. Havia dois grandes refeitórios: um para pensionistas, outro para indigentes (1996, p. 310-1).

Em 1860 foi inaugurada na cidade do Rio de Janeiro a primeira instituição psiquiátrica particular do país, a Casa de Saúde Dr. Eiras, que dispunha inicialmente de um total de 40 leitos. A premissa da diferenciação pela origem de classe também estava presente nessa instituição, onde aos mais abastados eram reservados “privilégios” como tomar vinho às refeições.

Com a proclamação da república, o hospital foi finalmente laicizado, a medicina ocupou o seu “lugar” no *locus* do hospital, imputando-lhe um caráter terapêutico, transformando-o no lugar privilegiado das curas médicas.

A partir de então, o Hospício de Pedro II ficou subordinado à administração pública e passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados (Amarante, 1994).

O desenvolvimento da psiquiatria com significativa ampliação do espaço asilar é concluído na segunda década do século XX⁶⁴, quando a cidade do Rio de Janeiro conta com um conjunto significativo de instituições psiquiátricas, a saber: a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário (Amarante, 1994).

Nos anos que se seguiram o processo de psiquiatrização tornou-se mais forte, com a consolidação do saber da psiquiatria sobre a “doença mental”. Surgiram técnicas/insumos que contribuíram decisivamente para o aprimoramento desse processo.

A década de 30 foi marcada pela descoberta dos choques, da lobotomia e da eletroconvulsoterapia. Buscou-se, já na década de 40, novas técnicas terapêuticas na tentativa de substituir o tratamento custodial dispensado quase

⁶⁴ Neste mesmo período foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, um ator importante no período de consolidação do paradigma psiquiátrico e do processo de institucionalização no Brasil. É criado um programa de intervenção no espaço social. A medicina começa então a demonstrar interesse pelo ‘social’ com intuito de contribuir no combate à desordem social e ajudar na implantação de uma política de controle do desvio e da marginalidade.

hegemonicamente até então. Na década seguinte, o surgimento dos primeiros neurolépticos causa frenesim na área da psiquiatria, fortalecendo substancialmente o processo de institucionalização.

Neste processo, tanto o hospital quanto a psiquiatria afirmaram-se como indispensáveis para tratar da problemática da loucura. No Brasil, a exemplo da Europa, a função social precípua do hospital psiquiátrico era a da exclusão de um segmento socialmente inútil e improdutivo, sob a lógica capitalista.

Não obstante esse processo de psiquiatrização e de hegemonia do isolamento como condição para o tratamento da “doença mental” no Brasil cabe-nos fazer um contraponto importante a essa situação. Embora a condição da internação e o próprio hospital psiquiátrico já estivessem dados desde o século XIX, foi somente a partir do século XX que a loucura foi totalmente recolhida aos hospícios, ou seja, que a prática de reclusão foi hegemonicamente incorporada e naturalizada pelo corpo social. Antes, não era raro encontrar os loucos pelas ruas, circulando livremente no espaço social, com momentos inclusive para os marcantes “acessos de fúria”.

Em pesquisa realizada para o seu doutoramento⁶⁵, Magali Engel (2001) apresenta alguns personagens loucos que compunham o cenário social entre a década de 20 do século XIX e o ano de 1930 do século seguinte. Em seu trabalho a autora descreve tais histórias e a partir delas nos mostra que a “naturalização” do isolamento para os loucos tem início no século XX. Até então eles não apenas circulavam pela cidade como, em alguns casos, chegavam a ser profundamente admirados, respeitados⁶⁶, e por vezes, provedores de suas famílias.

Pobres ou miseráveis, tendo ou não relações familiares ou afetivas, maltrapilhos ou bem-vestidos, o fato de esses personagens circularem

⁶⁵Engel, M. A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. 1995.

⁶⁶ Esse acolhimento da loucura não era hegemônico. Havia um misto de repúdio e encanto, de respeito e desprezo, de medo e compaixão.

livremente pelas ruas da cidade significava que os loucos conseguiam manter certo saber e certo poder sobre si mesmos e sobre a sua loucura. Responsáveis pela própria sobrevivência – e, em muitas vezes, garantindo a subsistência de suas famílias -, ainda que para isso alguns deles tivessem que apelar, por meio das próprias palavras e/ou ações, para a caridade pública, revelavam-se também plenamente capazes de se proteger contra as freqüentes agressões que sofriam (Engel, 2001, p. 49).

Não estamos com isto afirmando que as atitudes livres da medicalização são as melhores para a loucura⁶⁷, mas apenas fazendo um contraponto ao processo de apropriação da loucura pela psiquiatria, demonstrando a existência de outras possibilidades de lidar com a loucura que não exclusivamente pelo controle, pela violência e exclusão perpetradas pelo hospital psiquiátrico e pela psiquiatria, que ao capturar o doente na sua doença faz com que este perca a autonomia e qualquer possibilidade de se inscrever no mundo como um sujeito da sua própria história, não sendo considerado sequer como um potencial cidadão.

No Brasil até a década de 60 dispúnhamos de uma assistência predominantemente pública, situação que vai se modificando especialmente com o início do governo militar. Este período foi “o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes” (Resende 2000, p. 60-1).

Ao que parece, a cientificidade médica atestou para a loucura um estatuto de total incapacidade, situação que nasce contemporânea à emergência das propostas iluministas francesas com as quais se pretendia uma universalização da condição cidadã, a partir de preceitos como os de Igualdade, Liberdade e Fraternidade.

⁶⁷ Castel denominou essa concepção de “mito ecológico da loucura” (1978, p. 202).

Esta incapacidade foi materializada na forma de tratar a “doença mental” – via internamento – sendo o manicômio e suas práticas os que operaram e ainda operam a interdição da condição humana e, portanto, da possibilidade cidadã do louco.

A partir da Segunda Guerra Mundial começam a surgir no cenário internacional experiências de reformas psiquiátricas, que em sua maioria reivindicavam a humanização do manicômio. Aqui no Brasil estas experiências foram incipientes, além de bastante marginais, em virtude, entre outras coisas, da oposição do setor privado da área da saúde, a quem tais reformas não interessava. Para esse setor a psiquiatria era vista como um serviço altamente lucrativo, já que a sua montagem não demandava estruturas complexas ou tecnologias sofisticadas.

1.4. AS EXPERIÊNCIAS REFORMADORAS DO PÓS-GUERRA.

“Um discurso dilui o dogma, e se esborracha contra o muro visível e o invisível. Da intenção, atordoada, brotam gestos que produzem gestos, que multiplicam gestos. Algo se move”

Pedro Gabriel Delgado.

Nos anos 50 do século XX, o pós-guerra constitui um fértil terreno onde surgiram as primeiras críticas substanciais acerca da assistência dispensada à loucura. Os primeiros questionamentos limitaram-se basicamente à infra-estrutura hospitalar, mas foram fundamentais para a construção de uma crítica substancial à subjugação da loucura ao saber psiquiátrico e à relação entre sociedade e a loucura, uma relação autoritária e distante.

No cenário internacional de comoção e sensibilidade intensamente marcado pelo sofrimento com as conseqüências da Segunda Grande Guerra, vai se delineando uma certa intolerância com as práticas de violência. Foi neste momento que surgiram as experiências reformadoras que percorreram uma trajetória, levando à conclusão de que o manicômio não dispunha da dimensão terapêutica que lhe tinham imputado e que, inversamente, era ele o produtor da cronificação dos “doentes mentais”.

Embora o manicômio tenha sido alvo de críticas em outros momentos históricos, foi somente neste que se pôde concluir pela necessidade de sua extinção - ainda que tal conclusão não tenha sido nem fácil nem rápida.

Neste momento conjuntural, as relações estruturais na sociedade burguesa são alteradas, impactando sobremaneira o capitalismo. Nos países desenvolvidos a lógica de mercado tende a assumir uma posição um pouco menos central em relação à ampliação dos direitos sociais em prol do bem estar da população. Difundem-se em larga escala as idéias de justiça social e seus corolários, base do emergente Estado de Bem Estar Social. Com efeito, a violência de todo tipo, inclusive contra os internos em instituições psiquiátricas, não era mais tão socialmente aceita⁶⁸; as críticas à estrutura asilar reivindicavam a humanização do

⁶⁸ Somente a título de ilustração, já que se trata de um momento histórico distinto deste que estamos assinalando, em artigo publicado na revista Teoria e Debate do Partido dos Trabalhadores em 1989, Antonio Lancetti fala da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, e descreve a situação degradante e sub-humana em que os internos foram encontrados: “celas fortes, um pátio (como todo frenocômio, uma ala masculina e uma feminina), sem nenhuma atividade para os pacientes; a “reserva”, área destinada aos mais indisciplinados onde dezenas de seres humanos permanecem nus ou seminus e amontoados; medicação padronizada, eletrochoques punitivos [...] funcionava com 145% de ocupação: para 290 lugares, uma média de 470 internados [...] com cinco médicos, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira e alguns atendentes”. Estes lugares violentos que atentam contra a capacidade de existência dos seres humanos enquanto tais recebem de Lancetti o

manicômio e das relações entre sociedade e loucura, mediadas pela instituição asilar.

Não podemos esquecer que cerca de 40 % dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram durante a guerra mundial, nem que o genocídio nazista dos judeus foi precedido pelo extermínio dos velhos dos asilos, dos doentes incuráveis e, acima de tudo, dos loucos (Audísio apud Desviat, 1999, p. 27).

A crise da psiquiatria clássica que foi fomentada, entre outros fatores, pela mudança de seu objeto, agora a saúde mental, abriu espaço sem precedentes para o surgimento de alguns movimentos de reforma no âmbito da assistência à saúde mental: “as novas psiquiatrias” (Amarante, 1995, p. 22). E é sobre elas que nos debruçaremos brevemente nas páginas que se seguem para que possamos entender um pouco melhor a conjuntura que antecedeu e delineou o que hoje conhecemos por Reforma Psiquiátrica.

1.4.1 A Psiquiatria Reformada: A Psiquiatria no Espaço Social.

nome de “Campos de concentração para pobres” (Lancetti, 1989, 60-1), fazendo uma analogia à instituição alvo de intervenção na época em que a quase totalidade de internos era de classe baixa.

A Reforma operada por Pinel forjou desde o seu princípio reações ambíguas. Por um lado se a sua percepção e intervenção sobre a loucura ficaram consagradas historicamente, por outro muitas foram as críticas recebidas, especialmente no que tange ao isolamento, ou seja, ao caráter fechado e autoritário permanente do manicômio. Estas posturas divergentes abriram a possibilidade para o surgimento de novas frentes de trabalho com a alienação, como a constituição da colônia de alienados - trazida para o Brasil por Juliano Moreira - um modelo considerado de reforma à reforma pineliana. Este modelo tinha como cerne a proposta da Terapia Ativa ou Ocupacional celebrada nos anos 20 por Hermann Simon, centrada no trabalho do alienado como possibilidade de transformação, inclusive institucional.

Neste período surgiram outras propostas alternativas de tratamento no manicômio como os sistemas grupais de Sullivan (1929) e Menninger (1940). Depois, surgiram outras experiências que marcam o contexto que antecede a atual Reforma Psiquiátrica: a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional de François Tosquelles (ambos na década de 50), a psiquiatria preventiva e de setor, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana.

Para Birman e Costa (1994), a “psiquiatria reformada” (Rotelli, 1990) se caracteriza por um esforço da psiquiatria na construção de um novo projeto, a psiquiatria social. As ações passam a ser pensadas menos sobre o indivíduo e mais sobre a coletividade, a comunidade. Segundo estes autores existem dois momentos de mudanças teórico-assistenciais da psiquiatria. No primeiro período, marcado pela renovação e surgimento desta psiquiatria reformada, privilegiava-se a adaptação dos indivíduos aos grupos e estes aos ideais sociais pré-estabelecidos. No segundo período, a idéia da adaptação permanece e a desadaptação social vira indício de algum distúrbio mental, existente ou vindouro. Nas palavras de Birman e Costa, “Prevenir é promover a saúde, identificada como promoção de ajustamento social” (1994, p. 61).

Nestes dois momentos os modelos de psiquiatria se distinguem apenas superficialmente. Alguns deles, por exemplo, embora com estratégias distintas,

almejavam o mesmo fim: a promoção da saúde mental, numa perspectiva de adaptação social.

O momento foi marcado pela prevalência do trabalho com grupos, haja vista a ênfase dada à adaptação do indivíduo ao mesmo. Acreditava-se que se dentro do espaço institucional o indivíduo fosse capaz de se integrar ao grupo, certamente poderia fazê-lo em seu meio social, pois foi capaz, ao menos aparentemente, de conviver e submeter-se às regras de convivência que orientam o grupo.

O primeiro momento de mudanças teórico-assistenciais é caracterizado por uma crítica à estrutura asilar, sendo esta percebida como uma instituição eminentemente de cura. Se ela se afastou do seu objetivo precípua, era necessário retomá-lo, recuperando o seu caráter positivo. Esta retomada seria possível através de uma reforma interna da instituição. São expressões deste momento as experiências na Inglaterra e nos EUA das Comunidades Terapêuticas, e na França da Psicoterapia Institucional.

A extensão da psiquiatria ao espaço público é característica do segundo momento assinalado por Birman e Costa (1994.). São representantes deste período a Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA.

1.4.2. As Comunidades Terapêuticas

A experiência da comunidade terapêutica surgiu no período do pós-Segunda Guerra Mundial, mais precisamente no final da década de 50, tendo em Maxwell Jones o seu mais importante representante. A comunidade terapêutica foi uma invenção inglesa que dá os primeiros sinais de vida em 1946, com T.H. Main, em

material publicado no *Boletim of the Menninger clinic*, onde se fazia referência ao trabalho realizado por psiquiatras ingleses no Northfield Hospital, com soldados acometidos por transtorno mental (Basaglia, 1994, p. 12).

Surgem, ainda durante a Segunda Guerra Mundial, duas propostas no sentido de otimizar o tratamento dos soldados que apresentavam distúrbios mentais que os impossibilitavam de permanecer à frente das batalhas: uma baseada nos trabalhos de Simon e outra nos de Bion. O objetivo era tornar a recuperação mais breve, para que esta força de guerra pudesse ser repostada rapidamente. Estas duas experiências têm significativa relevância nas posteriores propostas de transformação do asilo.

Segundo informam Birman e Costa (1994, p. 48), a experiência inglesa incluía as iniciativas dos médicos Bion e Rickman que, reatualizando a experiência de Simon (1903), utilizavam como recurso os grupos enquanto dispositivo terapêutico no tratamento dos soldados. Faziam uso de reuniões diárias e assembléias com os pacientes que contavam com a presença de pelo menos um médico. O trabalho com os grupos resolvia, ao menos em parte, um dos problemas, que era a escassez deste profissional (o médico) em relação ao número de pacientes.

Esta estratégia mostrou-se eficaz, na medida em que conseguiu alcançar o seu objetivo: brevidade no tratamento e retorno dos soldados às suas tropas.

Já a experiência americana esteve sob responsabilidade do médico Menninger que partiu dos mesmos princípios do trabalho de Bion.

A comunidade terapêutica foi influenciada por trabalhos desenvolvidos que tinham como foco os dispositivos grupais. O modelo de comunidade terapêutica desenvolvido por Jones é, portanto, influenciado pelo trabalho desenvolvido por alguns de seus contemporâneos, apontados por Carstairs (1972, p. 5), como os “pioneiros da terapia grupal”: Bion, Foulkes e Main, entre outros.

A situação de final de guerra influenciou a atuação do Estado que passou a se responsabilizar por todos os recursos sanitários, integrando-os a um Plano de Emergência (Desviat, 1999, p.34). Paralelamente, percebia-se que o manicômio não vinha cumprindo com sua função terapêutica. Inversamente, ele começava a ser identificado como o responsável pela cronificação e conseqüente impossibilidade

para a vida laborativa dos alienados. Não obstante, “A reforma dos espaços asilares atualiza-se, então, enquanto imperativo social e econômico ante o enorme desperdício de força de trabalho” (Amarante, 1995, p. 29).

Embora a proposta embrionária da comunidade terapêutica não surja diretamente vinculada à necessidade de reposição de força de trabalho, mercadoria que naquele momento, em virtude das conseqüências da guerra, encontrava-se escassa, a idéia que acaba perpassando a implementação de tal experiência em larga escala era a possibilidade de recuperação de corpos aptos para a produção. É nesta conjuntura que ecoa o discurso de reabilitação dos internos.

Um dos principais objetivos desta experiência era a transformação do hospital em um espaço de cura. Isto seria possível, entre outras coisas, a partir da promoção do envolvimento de todo o corpo presente do hospital, de médicos à equipe de limpeza e apoio, incluindo a família.

A experiência da comunidade terapêutica abre a possibilidade da inserção e valorização da família no tratamento do paciente. Esta aproximação com a realidade dos internos foi possível porque, à medida que o trabalho da comunidade terapêutica sinalizava para a condição de vida (ou sobre-vida) dos pacientes institucionalizados, a sociedade passava a condenar as medidas até então dispensadas para com estes.

A característica essencial desta experiência é a exploração, com finalidade terapêutica, de todos os recursos disponíveis da instituição. Maxwell Jones (1972, p. 88) informa que esta é a distinção mais relevante entre a comunidade terapêutica e outros centros de tratamentos com perspectivas similares. Para Jones a comunidade é constituída de equipe, pacientes e familiares. Neste aspecto a estrutura social da comunidade terapêutica difere, *a priori*, das estruturas que caracterizam os hospitais tradicionais.

Destarte, uma das características da comunidade terapêutica era a intercomunicação entre comunidade e manicômio, numa perspectiva de troca de experiências. De acordo com esta experiência, o hospital é visto como uma

comunidade. Desviat (1999) informa que existiram vários modelos de comunidade terapêutica e que, de uma forma geral, seus princípios eram:

- Atividades coletivas (passeios, festas, e outras atividades);
- Liberdade de comunicação em todas as direções;
- Participação da comunidade (equipe, internos e familiares) nos processos decisórios de caráter administrativos;
- Reuniões diárias com presença da comunidade para discussão das questões que surgiam;
- Tendência ao rompimento com a tradicional autoridade característica das instituições, incentivando a subsunção da autoridade à tolerância;

A partir dessas especificidades buscava-se uma maior integração entre comunidade e hospital, uma implicação daquela neste e vice-versa, mas também uma implicação da própria equipe profissional nos problemas dos doentes e da vida institucional.

A partir da realização de reuniões comunitárias freqüentes e do desenvolvimento de uma cultura terapêutica⁶⁹ era possível para a comunidade encarar as distintas problemáticas dos internos.

Um outro conceito que perpassava a experiência em questão era o de “aprendizagem ao vivo”. Segundo Jones, as “crises particulares na comunidade oferecem oportunidades para aprendizagem intensiva ou, como a denominamos, experiências de aprendizagem ao vivo”. A idéia era que todas as questões deveriam

⁶⁹ A cultura terapêutica deveria ser invocada na tentativa de superar os padrões estabelecidos anteriormente pela cultura total. “Os tipos de atitudes que contribuem para uma cultura terapêutica seriam basicamente uma ênfase na realidade ativa, contra ‘custódia’ e segregação; ‘democratização’ em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de status; ‘permissividade’ de preferência às costumeiras idéias limitadas do que se deve dizer ou fazer; e ‘comunalismo’ em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico” (Jones, 1972, p. 91). Para um maior aprofundamento desta discussão sugiro ver Jones, M. *A Comunidade Terapêutica*, 1972.

ser discutidas e problematizadas com o coletivo, pois desta forma poderiam “ocasionalmente provocar uma maior consciência de fatores anteriormente inconscientes” (1972, p. 111). Sobre o conceito de aprendizagem ao vivo Amarante (2003, p. 30) assinala: “significa utilizar as situações vivenciadas no cotidiano do hospital como uma forma de exercitar as experiências da vida fora do hospital”. Se o interno consegue minimamente conviver bem coletivamente com as diferenças e peculiaridades de um grupo, possivelmente o faria em outros grupos, fora do ambiente hospitalar.

Havendo discussão coletiva, a equipe se envolve genuinamente com a experiência dos pacientes na seção e fica, no mínimo, em melhor posição para modificar a rotina da mesma ou o procedimento administrativo, assim como estabelecer o melhor cenário para o tratamento (Jones, 1972, p. 109).

Esta experiência buscava, ao menos aparentemente, a descentralização do poder e autoridade que não estavam distribuídos democraticamente dentro da instituição.

Para Franco Rotelli,

A experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o

próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (1994, p. 150).

Embora inicialmente definida, pelo conteúdo de suas propostas, como progressista, as experiências de comunidades terapêuticas acabam não instaurando práticas assim definidas e, conseqüentemente, não sustentando seus propósitos iniciais de transformação das relações estabelecidas no interior da instituição. A experiência da comunidade terapêutica não almejava uma horizontalização das relações, proporcionava no limite uma maior participação e estímulo aos distintos segmentos para desempenharem melhor seus 'papéis'. De fato a proposta inicial desta experiência é atravessada pela intenção da construção de uma organização hospitalar diferente, mais democratizada, porém a idéia de uma relação horizontal ainda não estava presente no discurso e tampouco na prática. Isto porque na prática, caso fosse necessário, em virtude de qualquer situação, a autoridade, aparentemente latente, deveria se manifestar.

[...] Aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas caiu no perigo de constituir-se, nas diversas atuações práticas e nas conseqüentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continuam as mesmas (Basaglia, 1994, p. 15).

Não obstante, são inegáveis as contribuições trazidas por esta experiência: situo como uma das mais relevantes a possibilidade de democratização das opiniões, na medida em que a escuta dos internos era incentivada –algo antes impensável. Esta prática – ainda com as limitações sinalizadas – pôde imprimir, inicialmente, nas relações que eram travadas dentro do ambiente hospitalar uma idéia hoje central quando se pensa em assistência à saúde mental: o cuidado com o outro⁷⁰.

1.4.3. Psicoterapia Institucional

A psicoterapia institucional é uma experiência que se iniciou na França a partir do trabalho de François Tosquelles, um catalão que, fugindo da ditadura na Espanha, chegou a este país no início da década de 40 e foi trabalhar num Hospital Psiquiátrico chamado Saint-Alban.

As fontes da psicoterapia institucional foram inúmeras: do marxismo à psicanálise, passando pela sociometria de Moreno, pela noção de campo social de Kurt Lewin e pelos trabalhos com grupos de Bion (Vertzman et al, 1992).

No ponto fundamental da psicoterapia institucional se situa o conceito de ‘escuta polifônica’ de Tosquelles. Este, em última instância significa a ‘suspensão dos preconceitos’, ou seja: “a utilização do maior número possível de referenciais teóricos disponíveis para a compreensão e a interferência nesse fenômeno tão complexo que é a psicose” (Vertzman et al, 1992, p. 22).

⁷⁰ Não estamos afirmando que a prática de cuidado com a qual se trabalha hoje foi um desdobramento desta primeira proposta de escuta. Mas indubitavelmente a possibilidade de se ter proposto isso, em algum momento, como uma atitude importante ao lidar com a loucura é algo que abre precedentes para outros fazeres similares.

O trabalho da psicoterapia institucional não pressupõe a superação do hospital; pelo contrário, nesta vertente o hospital é concebido como um espaço genuinamente de tratamento e cura, com caráter terapêutico. Desta forma ele seria capaz de estimular e desenvolver nos internos a capacidade de integrarem-se a um grupo social mais amplo do qual estavam afastados. Uma das concepções defendidas por Tosquelles era a de que este lugar – o hospital - deveria realizar aquilo para o que foi concebido: tratar e curar os “doentes mentais”, sendo preciso recuperar sua característica terapêutica ‘original’. Neste sentido, o objetivo desta experiência, segundo Oury, era:

[...] criar um coletivo de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico ascenda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade, participar do ‘corpo institucional’ pela mediação de ‘objetos transacionais’, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de ‘técnicas de mediação’, que podemos chamar ‘objetos institucionais’, que são tantos ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização (apud Vertzman et al, 1992, p. 28).

Esta corrente acreditava e defendia a utilidade do hospital no tratamento de alguns sujeitos para os quais o manicômio serviria como um lugar concreto onde eles pudessem estar. Mas não este lugar promotor de segregação e violência, e sim um hospital reconfigurado onde pudesse existir vida. Para que esta transformação

ocorresse era preciso tratar o hospital como um todo, o que incluía todos os que ali estavam, já que o entendimento era de que os sintomas apresentados pelas pessoas não eram necessariamente uma consequência da doença, mas da maneira com a qual lidavam com ela.

Existem algumas interseções entre as experiências da psicoterapia institucional e da comunidade terapêutica. Uma delas é a crença de que a reestruturação do espaço hospitalar teria consequências positivas no tratamento dos que lá estavam internados.

O objeto da psicoterapia institucional não era apenas o indivíduo, mas sim o coletivo “dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional, da hierarquia e da verticalidade [...]” (Amarante, 1995, p. 35). As propostas apresentadas por esta experiência seriam possíveis a partir da implementação de quatro ‘axiomas de base’ apontados por Vertzman et al (1992, p. 24):

- Liberdade de circulação;
- Lugares estruturados concretos: ateliês e outros serviços (cozinha, administração, farmácia);
- Contratos facilmente revisáveis de entrada e saída (o doente só era admitido se manifestasse esta vontade);
- Acolhimento permanente.

A terapia deveria abarcar todo o hospital, a sua estrutura teria de ser transformada, mas também as pessoas que lá estavam: funcionários, pacientes, médicos. Na perspectiva da psicoterapia institucional, numa instituição total como o manicômio, todos se encontram doentes. Nas palavras de Dessauant “não são os

muros que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele” (apud Desviat, 1999, p. 26).

Em consonância com o que pressupunha esta corrente, se o problema não estava na instituição e no que ela engendrava, não havia necessidade em dispor dela. Seu lugar estava mais uma vez perpetrado na sociedade. Sua função ratificada: era o lugar do tratamento, da proteção e do cuidado, embora tenha reiterado, de certa maneira, o manicômio como o lugar da segregação, da exclusão e do silenciamento.

Importa sinalizar que a experiência da psicoterapia institucional ainda vigora, e é uma perspectiva de trabalho possível no campo da saúde mental em alguns hospitais, sendo o mais conhecido deles a clínica de La Borde na França.

1.4.4. Psiquiatria de Setor

A psiquiatria de setor surge na França nos anos do segundo pós-guerra, sendo assumida como política oficial do Estado Francês nos idos dos anos 60.

Alguns fatores que contribuíram para que ela se tornasse uma política oficial são assinalados por Amarante:

[...] ser mais onerosa aos cofres públicos; a inadequação da instituição asilar para responder às novas questões *patológicas* engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado; e finalmente, a crise dos valores burgueses [...] (1995, p. 35).

O setor surge como um movimento de contestação da prática asilar, base da psiquiatria tradicional, em que a exclusão é prática imanente. Esta corrente baseou-se nas concepções de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que reivindicavam a transformação do manicômio. Malgrado um dos princípios desta experiência ser a crença de que sempre que possível o tratamento do doente deveria ser realizado no seu meio social, a proposta de superação do manicômio ainda não ecoava nos circuitos de discussão, mesmo dos segmentos mais radicais e progressistas. Toda crítica dirigida ao manicômio e a sua prática segregacionista, neste momento, limitava-se ao questionamento da sua centralidade no tratamento dos sujeitos. De toda forma, a presença do manicômio não era considerada um óbice para a existência e manutenção da condição de cidadania dos doentes mentais, por exemplo.

As propostas que surgem de transformação do manicômio são propostas de transformação meramente asilar, pois situavam-no como um dos lugares possíveis de tratamento ou como uma possibilidade inicial para que o tratamento fora do *lócus* asilar pudesse se sustentar, mas não concebiam prescindir da estrutura asilar, mantendo-a como uma opção⁷¹.

O principal objetivo da psiquiatria de setor era transcender os muros dos hospícios, no sentido de levar a psiquiatria até a comunidade, numa perspectiva contrária a que pressupõe o isolamento como condição *sine qua non* do tratamento. Com efeito, o paciente deveria ser tratado no seu meio social, cultural e familiar. Para isto, seguiu-se a seguinte estratégia: partilhou-se alguns hospitais em setores que correspondiam individualmente a uma respectiva área geográfica da comunidade. Cada setor geográfico continha uma parcela populacional de no máximo 70 mil habitantes. Este “esquema” forjou uma relação direta entre o setor geográfico e o pavilhão hospitalar correspondente no caso de internações. Em suma, “era a correspondência direta entre a origem sócio-cultural e geográfica do

⁷¹ Resguardadas as especificidades históricas, parece que esta também esta sendo a opção dos “condutores” da reforma psiquiátrica.

paciente e a 'ala' que o mesmo ocuparia caso fosse internado" (Gomes, 2003, p. 12).

Os princípios fundamentais desta organização, enquanto política oficial na França, foram listados por Desviat (1999) e estão citados abaixo:

- Princípio de setorização ou zoneamento: divisão do território em sete setores distintos, cada um contendo aproximadamente 70 mil habitantes (como anteriormente mencionado);
- Princípio da comunidade terapêutica: existência de equipes multidisciplinares nos setores responsáveis pelo tratamento, que ia desde a prevenção até o pós-cura;
- Deslocamento do eixo da assistência do hospital para o espaço extra-hospitalar: a prioridade para o tratamento era a comunidade, ou seja, o meio social no qual o doente estava inserido, na tentativa de evitar o quanto possível a sua entrada ou permanência no circuito institucional, e principalmente, as conseqüências disto.

O que pretendia a psiquiatria de setor era a utilização do manicômio, como um recurso possível, e não como o único, em situações que dele demandassem. Nesta ótica a internação passa a não ocupar mais a centralidade no tratamento, sendo concebida apenas como uma etapa do mesmo.

Obviamente, para que esta proposta fosse exitosa era necessária a criação de uma rede ambulatorial ampla que servisse de sustentação para a demanda por atenção em saúde mental, para que somente os casos mais agudos, sem possibilidade de tratamento nesta rede, fossem encaminhados para o manicômio. Evidentemente, os investimentos na criação desta rede foram incipientes ou não suficientes, o que, somado a outros fatores como a resistência dos grupos mais tradicionais, acabou por contribuir para que os objetivos da psiquiatria de setor se tornassem cada vez mais ineficazes.

A construção de uma rede de atenção e tratamento pré e pós-internação psiquiátrica, ou seja, de serviços externos ao manicômio, não se mostrou menos

dispendiosa como pensado inicialmente e, sem esse baluarte, a assistência à saúde e saúde mental continuou tendo no hospital o seu âmago. Como nos informa Rotelli:

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, como não fez nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria (1994, p. 150).

Como assinalado por Rotelli (1994), esta experiência não questionou a instituição psiquiátrica, tampouco forjou alguma transformação no que tange ao saber psiquiátrico e a cultura segregacionista por ele disseminada, tendo como cúmplice, desde seu surgimento, o manicômio.

1.4.5. Psiquiatria Preventiva ou Comunitária

Esta proposta teve origem nos EUA na década de 60, incentivada pelo governo Kennedy, que apresentou à Câmara de Deputados um projeto que propôs a criação de serviços voltados para a prevenção e/ou diagnóstico das “doenças mentais”.

Propongo un programa nacional de Salud Mental para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se le encare desde un nuevo enfoque. Los gobiernos de todos los niveles – federal, estatal y local – las fundaciones privadas y los ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo (Kennedy apud Birman e Costa, 1994, p. 54)⁷².

Segundo Pitta (apud Amarante, 1995, p. 39), a psiquiatria preventiva é a “primeira política nacional americana de cuidados comunitários para a saúde mental [que] também ambicionava uma reforma na assistência hospitalar [...] visando inserir o paciente na comunidade”. Nesta experiência o desvio é confundido com a doença mental ou com uma possibilidade eminente de doença.

⁷² Discurso do Presidente Kennedy, 1963.

A psiquiatria preventiva foi por alguns considerada como a terceira revolução psiquiátrica⁷³, e sem dúvida um dos mais importantes defensores desse modelo foi Gerald Caplan.

Esta corrente alimentou-se das bases da psiquiatria de setor francesa para delinear suas propostas de intervenções comunitárias e o seu programa de ação social. Com isto seria possível concomitantemente dar resolutividade aos conflitos sociais e diminuir os onerosos custos com as internações psiquiátricas. O intuito desta experiência era a prevenção primária dos adoecimentos mentais. Em consonância com essa perspectiva acreditava-se que identificando precocemente as doenças mentais seria possível tratá-las mais rapidamente, intervindo nas suas prováveis causas.

A corrente preventivista foi mais uma experiência que centrou o seu foco de ação no coletivo, a comunidade, e não mais no indivíduo, o doente. Seu objetivo era o de engendrar transformações positivas em todas as instituições – desde o asilo propriamente dito até as escolas –acreditando que a partir disto seria possível modificar os prováveis fatores identificados como causas dos males mentais.

São criados para isto os Centros Integrados de Saúde Mental que tinham como princípios: acessibilidade, informação adequada ao público-alvo sobre o programa, gratuidade, disponibilidade, ênfase nas ações preventivas, levantamento das necessidades reais da população, responsabilização do governo pelo doente e família, atendimento de emergência e hospitalização durante 24 h, sete dias por semana, hospitalização parcial e consultas externas e educação para a comunidade, voltados a uma população entre 75 e 200 mil habitantes (Desviat, Op. Cit., p. 59).

A atuação das equipes era voltada para os grupos considerados em situação de risco, eventualmente expostos a alguma infecção ou com hábitos de vida vistos como inadequados – vícios, desinteresse pelo trabalho, entre outros⁷⁴. Malgrado, os

⁷³ Segundo Naomar de Almeida Filho (1983), a primeira e a segunda revoluções psiquiátricas foram marcadas respectivamente pelo trabalho de Pinel e Freud.

⁷⁴ É importante atentar que em alguns contextos específicos o diagnóstico psiquiátrico pode ser influenciado por aspectos sócio-culturais, político-econômicos, raciais entre outros, podendo caracterizar-se como instrumento de controle.

elementos constitutivos da psiquiatria preventiva eram: “a idéia de prevenção, risco e população de risco” (Desviat, 1999, p. 59) .

Nesta perspectiva, existia uma escala gradual entre a saúde e a doença, que se situavam em pólos extremos. Entre uma e outra havia um percurso que caracterizaria um período pré-patológico e pré-sintomático⁷⁵. Em consonância com a história natural das “doenças mentais”, esses períodos estariam situados nas fases da infância e adolescência (Filho, 1983, p. 72). Desta forma o lugar privilegiado para a realização de uma “vigilância epidemiológica ativa” seria a escola.

Com a corrente preventivista é inaugurado o que podemos chamar de “exército do controle”. Não bastava que as equipes ficassem no seu posto de trabalho aguardando a chegada do doente; era preciso buscá-lo, identificá-lo na comunidade pela sua conduta de vida, através de fatores como hereditariedade ou mesmo dos seus hábitos. Para tornar este objetivo factível utilizava-se um questionário de *screening*⁷⁶ na comunidade com o intuito de identificar, além dos pacientes com casos de distúrbios mentais já estabelecidos, aqueles que poderiam desenvolver a doença, ou seja, os doentes potenciais. O conceito do desvio permanece como um componente central no trabalho com a loucura e agora, na perspectiva da prevenção da “doença mental”, “se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (Amarante, 1995 p. 38). Nas palavras de Caplan:

⁷⁵ Para Naomar de Almeida Filho (1983, p. 71), o período pré-patológico e o pré-sintomático são respectivamente definidos como “a sanidade sob ameaça constante de tornar-se doença” e “a doença ainda não identificada pelo sistema médico”.

⁷⁶ O *screening* é uma técnica de triagem utilizada em pesquisas. No campo da psiquiatria foi utilizada para identificação de doentes potenciais. De uma forma geral seu objetivo era identificar casos patológicos situados ainda no período pré-sintomático e encaminhá-los para o respectivo tratamento. Como justificativa para a implantação desta técnica, Caplan afirma que “em vez de contar com o conhecimento dos sintomas por parte da provável vítima ou das pessoas próximas a ela, podemos desenvolver procedimentos de busca de suspeitos, por meio dos quais se examinem sistematicamente populações inteiras para identificar os casos ainda antes do aparecimento dos sintomas mínimos que levariam o sujeito à consulta” (apud Filho, 1983, p. 72). Alguns autores (Coleman, Scheff) criticam o uso da técnica de *screening* e assinalam que os sintomas identificados deveriam estar contextualizados, não devendo ser apreciados como manifestações patológicas isoladas.

Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma iniciativa do encaminhamento deve estar cônica de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimento ou conduta do indivíduo encaminhado e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental (apud Amarante, 1995, p. 39)

Se considerarmos a idéia de um 'exército do controle', a cooperação da sociedade torna-se um componente de fundamental importância neste processo, pois seus membros deveriam indicar os suspeitos e/ou doentes potenciais.

Quando se trabalha com a idéia de desvio, comumente se define (ainda que tal definição não esteja muito clara) um padrão de comportamento considerado como "normal" ou o que poderíamos chamar de um modelo de conduta adequada. Conseqüentemente, aquilo que não se encaixa neste modelo será provavelmente considerado desviante, devendo ser alvo de algum tipo de intervenção. Naomar de Almeida Filho (1983, p. 73) alude que existem duas possibilidades em relação a esse comportamento desviante: ele pode passar despercebido ou progredir e se enquadrar em algum estereótipo.

Esse mesmo autor, apontando para a ineficácia e possível nocividade do *screening*, identifica três situações que caracterizariam uma atuação iatrogênica deste procedimento para o tratamento da doença mental:

- A dinâmica de formação do estereótipo;
- A atribuição de suspeita a um desviante primário;
- A atribuição de suspeita a um transgressor já envolvido no processo de rotulação.

No trabalho da psiquiatria preventiva passou a ter centralidade o conceito de crise desenvolvido por Caplan (1966). A perspectiva era a de que a crise, embora *a priori* não fosse considerada sinônimo de doença, poderia *a posteriori* levar à enfermidade mental. Para Caplan os males mentais seriam resultados de um desajustamento aos padrões e normas estabelecidos social e culturalmente, ou

seja, a “doença mental” era entendida como um desvio da ordem social. Ele entendia a psiquiatria preventiva como um conceito eminentemente comunitário, caracterizado da seguinte forma em relação à atuação:

- Prevenção primária: consistia em programas com intuito de reduzir os transtornos mentais na comunidade;
- Prevenção secundária: consistia em programas com intuito de reduzir o tempo de duração dos transtornos mentais;
- Prevenção terciária: consistia em programas voltados para a redução da extensão dos transtornos mentais, ou seja, a deterioração causada pelos mesmos.

O fundamento do trabalho proposto por Caplan era o conceito da área de saúde pública de prevenção de doenças, mais especificamente a “História Natural das Doenças” característica da Medicina Preventiva. Em breve estudo em que analisa os pressupostos da psiquiatria preventiva, Filho aponta para uma ineficácia da metodologia adotada pela mesma, sinalizando que:

O modelo da Psiquiatria Preventiva propõe uma prática que não pode ser apoiada pelo corpo teórico preventivista, onde o discurso Caplaniano busca a sua legitimação. Pelo contrário: não existe uma “história natural da doença mental”, nem se dispõe de instrumentos para a sua detecção, possuidores de validade essencial, nem os métodos de tratamento precoce atuais mostram-se realmente eficazes. Em resumo, o modelo caplaniano apresenta uma proposta de atuação em franca contradição com o discurso que lhe deu origem (1983, p. 75).

A proposta da psiquiatria comunitária envolve alguns aspectos relevantes, que não serão abarcados por este trabalho, como: a concepção das Terapias Breves e as Terapias de Crise⁷⁷.

O modelo de psiquiatria preventiva apresentou pouca efetividade no que tange à prevenção das “doenças mentais”. Primeiro porque trabalhava numa perspectiva de adaptação social, do desvio, entre o “normal e o patológico” e definia uma metodologia centrada numa técnica pouco confiável para este fim – o

⁷⁷ Para maiores esclarecimentos ver Caplan, 1966; Birman e Costa, 1994 e Amarante, 1995.

screening. Segundo porque seria necessário, no caso dos EUA, por exemplo, de acordo com a lei fundada por Kennedy, a criação de pelo menos 2 mil Centros Integrados de Saúde Mental Comunitária, e foram criados não mais que 600 (Desviat, 1999). Com efeito, a base desse trabalho seria a existência de um amplo sistema de saúde pública que servisse de retaguarda, o que nos EUA, até os dias atuais, é incipiente. Seus dois seguros públicos de saúde – o MEDICAID e o MEDICARE - foram criados, tardiamente e cobrem parcelas específicas da população.

A partir das trajetórias das experiências aqui sinalizadas podemos inferir que um dos grandes problemas enfrentados no campo da saúde mental é a falta de investimentos públicos.

Malgrado a psiquiatria preventiva ser considerada como um outro projeto de medicalização da ordem social, suas propostas abriram espaço para outros tipos de assistência à saúde mental, mais críticos e voltados para a não atomização do sujeito⁷⁸.

1.4.6. A Antipsiquiatria

Originária na Inglaterra, na década de 60, a antipsiquiatria também acarretou mudanças importantes no âmbito da psiquiatria. É aqui que se localiza a primeira crítica efetiva e radical ao saber médico-psiquiátrico que instituiu a autoridade médica sobre o “doente mental”. Esta proposta surgiu com um grupo de psiquiatras⁷⁹ que compartilhava do mesmo entendimento sobre a incapacidade da psiquiatria tradicional no trato com a loucura e questionava o saber instituído nesta relação.

⁷⁸ Como por exemplo, a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), cuja matriz principal é a proposta de desinstitucionalização.

⁷⁹ Deste grupo de psiquiatras podemos citar alguns como: Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson.

Neste sentido, a Antipsiquiatria⁸⁰ não objetivava somente uma modificação da assistência a loucura, pois começava a questionar os valores inerentes ao saber médico-psiquiátrico e conseqüentemente o tratamento dispensado à doença mental e a própria relação entre sociedade e loucura. Estes questionamentos davam-se mais especificamente em relação à esquizofrenia, “na medida em que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiatria” (Amarante, 1995, p. 45).

Para Birman, a naturalização do binômio loucura/doença mental passou a ser questionada, o que não acontecia no quadro da racionalidade médica e no quadro epistemológico anterior. Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida a sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? (...) O que até então era considerado óbvio passou a ser objeto de dúvidas e inquietações (Birman apud Amarante, 1995, p. 45).

A antipsiquiatria foi um movimento de contestação da ordem estabelecida, que questionava a função da instituição psiquiatria nesta mesma ordem. Esta experiência percebia a loucura não como uma psicopatologia – ela nega a doença – mas como uma ação libertadora positiva que não deveria ser interrompida. Ela nega a própria psiquiatria.

Cooper (1974, p. 72) entendia a psiquiatria clínica como mais um componente do amplo sistema de violência do Estado burguês, composto entre outras coisas de técnicas normalizadoras. Este sistema de violência englobava desde a família –

⁸⁰ Alguns autores definem a Antipsiquiatria como um movimento que vinha denunciar as práticas psiquiátricas e os valores em que a psiquiatria se baseava.

considerada uma grande produtora da loucura - até a universidade, passando pelas formas de assistência dispensadas às questões da mente. Nas palavras de Cooper:

A antipsiquiatria é política e subversiva, pela sua própria natureza, em relação à ordem social burguesa repressiva; não só porque torna válidas determinadas formas de comportamento que são altamente não-conformistas, mas também porque implica uma libertação sexual radical (1974, p. 72-3).

Para o autor, a diferença entre os classificados como loucos pela sociedade e os normais era que esses últimos estavam inundados pelo conformismo com a ordem, e os loucos, inversamente, não se conformavam, sendo seu estado de loucura apenas uma experiência de libertação que era castrada pela intervenção psiquiátrica. Em relação a isto a antipsiquiatria propõe a não intervenção, a não interferência neste episódio de libertação pelos psiquiatras, definidos por Cooper como “tratadores ou cremadores do espírito” (Cooper, 1974).

Diante do exposto, podemos definir como característica central da antipsiquiatria a não-interferência na loucura e no delírio do dito louco. Analisando a esta experiência, Amarante alude que:

A loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão

da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (1998, p. 44).

Esta perspectiva tende a ir de encontro com as práticas totalitárias de antes, segundo as quais todo e qualquer delírio deveria ser contido. A antipsiquiatria busca priorizar o discurso, o delírio do louco. “A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro do homem” (Amarante, 1995, p. 47). Para esta experiência, a intervenção na loucura tinha um caráter destrutivo⁸¹, sendo orientada pela inveja do ato de ruptura ou de libertação daqueles que eram alvo desta intervenção. A intervenção psiquiátrica neste episódio de não conformação constituía-se então como um processo de normalização.

Tentando definir o que é a antipsiquiatria, Cooper (1974, p. 80) sinaliza que ela é parte integrante da revolução permanente, e que só desta forma o antipsiquiatra pode se constituir. Nas suas palavras:

O antipsiquiatra é aquele que está preparado para assumir os riscos envolvidos pela alteração progressiva e radical da maneira como vive. Deve estar preparado para renunciar aos dispositivos de segurança da propriedade (para além do mínimo necessário), às manobras financeiras exploradoras e às relações de tipo familiar estáticas e confortáveis enquanto opostas à solidariedade e camaradagem com os que, com todo o poder do amor e da generosidade, estão igualmente em oposição à trivialização da experiência, objeto da educação e da psiquiatria burguesa. Deve estar absolutamente

⁸¹ Cooper afirma serem os tranqüilizantes “abortivos do espírito” (1974).

preparado para entrar na sua própria loucura, talvez até ao ponto de se sujeitar à invalidação social, porquanto, a não ser que o faça, não tem nenhuma qualificação. O antipsiquiatra é uma parte urgentemente necessária da revolução permanente, ou não é nada.

Um dos problemas desta experiência é que por não conceber a loucura como uma doença, e conseqüentemente como algo que devesse ser tratado, ela não criou novos espaços para o acolhimento das pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico, fossem esquizofrênicos ou não. Ela negou a psiquiatria, e conseqüentemente a instituição em que este saber-instituído é aplicado, negou a existência da doença, mas não resolveu o problema do sofrimento que é inerente à condição de estar doente. E pela forma como concebia a loucura – um processo de libertação e não uma patologia – o sofrimento talvez não pudesse mesmo ser considerado, já que a loucura era uma “falsa enfermidade criada por uma falsa especialidade médica” (Meyer, 1975, p. 116).

Por outro lado, a violência identificada por Cooper era a violência externa, da sociedade, da família, do sistema para com o indivíduo, ou seja, a violência gerada fora do indivíduo. Ele não considerava a existência de uma forma de violência interna, própria deste mesmo indivíduo. Seguindo tal linha de argumentação, a existência da loucura estaria circunscrita à existência de uma sociedade violenta e normatizadora, e o antipsiquiatra seria aquele capaz de libertar os homens deste fardo pesado.

Apesar da existência de pontos críticos nas propostas da antipsiquiatria, esta experiência promoveu uma significativa mudança em relação ao conceito de loucura – até então sinônimo de doença. Ela foi a primeira a afirmar que a loucura não precisava de uma bengala – o manicômio - e ainda colocou efetivamente em questão a relação estabelecida historicamente entre sociedade e loucura, da qual surge uma especialidade médica que se tornou tutora da experiência da loucura.

Quem vivencia a experiência da loucura são pessoas, sujeitos, homens, mulheres, crianças, que acabam tornando-se reféns da sua própria doença no momento em que deveriam tratá-la. Neste jogo, por muitos anos a doença venceu e com a ajuda dos saberes construídos sobre ela subjugou o homem. A antipsiquiatria consegue colocar esta relação, que em última instância é uma relação de poder, em questão. Sem dúvida, esta foi uma das suas maiores contribuições.

Todas essas reformas, ainda que por vezes alvo de críticas, acabam por contribuir, se não construir os pilares iniciais para a Reforma Psiquiátrica através da qual, no Brasil, por exemplo, se operou a desconstrução-construção-invenção⁸² de um novo paradigma na assistência a loucura: o paradigma da atenção psicossocial e do cuidado⁸³.

1.4.7. A Psiquiatria Democrática Italiana⁸⁴

A psiquiatria democrática italiana (PDI) foi fundada em Bolonha no ano de 1973 e surgiu a partir do trabalho iniciado por Franco Basaglia em Gorizia. Se constituiu como uma corrente de pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica.

⁸² É sob a mesma perspectiva de superar o conceito de “doença mental” (que edificou um paradigma negativo em torno da loucura e do louco) que utilizamos, assim como Rotelli, (2001) o termo desconstrução, entendendo que desconstruir o manicômio não significa apenas moderniza-lo ou derrubá-lo, mas transformar a estrutura ideológica que o ergueu e o sustentou durante séculos. Trabalhamos com o conceito de desconstrução a partir das idéias de Derrida (1990) que a definiu da seguinte forma: é um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto [...]. A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria idéia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, tenham interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa...” (Derrida, 1990 apud Amarante, 1992).

⁸³ Essas temáticas são abordadas no capítulo II.

⁸⁴ Pela proximidade desta experiência com o trabalho realizado por Franco Basaglia, optamos por apresentá-la neste capítulo de forma mais pontual tendo em vista que discorreremos sobre a reforma psiquiátrica na Itália no capítulo II.

O principal objetivo da PDI era construir bases sólidas que alicerçassem o projeto de reforma psiquiátrica já em desenvolvimento naquele país.

A PDI enquanto uma corrente extremamente crítica conseguiu, entre outras coisas, romper com a associação entre loucura – fenômeno da existência humana - e “doença mental” – forma instituída de interpretação desse fenômeno – (Barros, 1994). Segundo Amarante:

o grande mérito do movimento da psiquiatria democrática pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’ (1995, p. 48).

O movimento da PDI, eminentemente político, intentava a revisão dos valores que embasavam o universo das relações sociais vigentes, *lócus* onde o saber instituído da medicina se efetiva. A visão crítica deste movimento revela e questiona a forma como a sociedade lida com a diferença, expressão ou não de sofrimento, normalmente pautada no afastamento, na marginalização e na negação. “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).

Segundo informa Barros (1994), no centro dos questionamentos da psiquiatria democrática está a questão da cidadania. Para esta autora, a cidadania constituiu uma das bases do projeto de desinstitucionalização⁸⁵.

A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania, vincula-se ao pressuposto de periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela Psiquiatria Democrática. Procuraram equacionar de maneira diversa a

⁸⁵ Abordaremos esta questão no capítulo II.

relação loucura-periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais, e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas (Barros, 1994, p.177).

Tentamos sinalizar com este capítulo para o movimento do processo de exclusão da loucura⁸⁶, que culmina com o questionamento fatídico do isolamento social do louco e das conseqüências desse isolamento, sendo uma das mais complexas a sua condição de não-cidadão sob a ótica da cidadania moderna, uma vez que a única via possível de cidadania da loucura era baseada na tutela.

O capítulo a seguir apresenta o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, partindo das influências da reforma psiquiátrica italiana, cujo eixo norteador é a perspectiva da desinstitucionalização.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: CAMINHOS E DESCAMINHOS

“A utopia só pode existir no momento em que o homem tiver conseguido libertar-se da escravidão da ideologia, de modo a exprimir as próprias necessidades numa realidade que, por isso mesmo, se revele constantemente contraditória e de natureza tal a conter os elementos que permitam superá-la e transformá-la”.

⁸⁶ Exclusão do tecido social como um todo e inclusão no espaço restritivo e castrador do tratamento.

Este capítulo destina-se a apresentar o processo de reforma psiquiátrica brasileiro, cujo maior objetivo é a construção de um novo estatuto para a loucura não mais exclusivamente baseado na tutela.

Para tanto, descreve-se em linhas gerais o Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, que se tornou uma referência mundial para a questão da desinstitucionalização da loucura, influenciou demasiadamente a nossa experiência e buscou romper, entre outras coisas, com a exclusão social do louco, proporcionando conseqüentemente maior justiça social, haja vista que qualquer sociedade que institucionalize a exclusão social é considerada injusta (Fraser, 2003).

Por fim fazemos alguns apontamentos sobre o Centro de Atenção de Atenção Psicossocial (Caps), apontando algumas questões que consideramos relevantes para o debate.

Pretender o agenciamento de um outro lugar social para a loucura (Birman, 1992) demanda não só ações concretas no âmbito técnico-assistencial¹⁵⁴, com a criação de novos serviços não-manicomais, mas um esforço social que desvincule a problemática da loucura das noções de incapacidade (total) e periculosidade, que justificam em certa medida a necessidade de tutela dos sujeitos ainda nos dias atuais, constituindo-se em um óbice a mais para a garantia da cidadania do louco, de uma cidadania não tutelada¹⁵⁵.

A questão da cidadania reside no núcleo das discussões no cenário da reforma psiquiátrica, não sendo “uma questão adjetiva, mas o centro do debate teórico e técnico” (Delgado, 1996).

2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA: A EXPERIÊNCIA DE FRANCO BASAGLIA

A transformação da assistência, na experiência italiana, é incluída em um movimento político mais amplo, onde o efetivo trabalho terapêutico com o doente mental está invariavelmente associado a transformações mais gerais no próprio sistema sócio-econômico, qual seja, o modo de produção capitalista.

Barros (apud Amarante, 1995, p. 48) situa a experiência italiana como:

¹⁵⁴ Amarante, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro. Nau editora, 2003, p. 45-66.

¹⁵⁵ Sobre o estatuto da tutela, Delgado afirma que ele é ao mesmo tempo uma solução e um problema, já que essa proteção especial pode ser positiva ou negativa na vida do sujeito. Com vistas ao aprofundamento da discussão, sugiro ver Delgado, P. *Cidadania, saúde e prática médica*, 1996. mimeo.

Um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio da democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.

É impossível nos remetermos ao processo de reforma psiquiátrica italiano sem mencionarmos o trabalho do psiquiatra Franco Basaglia, que junto com outros profissionais inseridos no contexto da assistência à saúde mental da época, foi o precursor da reforma na Itália. Por este motivo, parece existir um híbrido entre a própria trajetória de Basaglia e o processo de reforma italiano.

Neste sentido, optamos por apresentar a experiência da reforma psiquiátrica italiana a partir do trabalho desenvolvido por Basaglia naquele país.

2.1.1. A Tentativa de Humanização do Manicômio

A crítica à psiquiatria clássica, baseada exclusivamente no modelo clínico que privilegiava aspectos como a cura e a remissão dos sintomas, já se insinuava em alguns lugares, porém, aconteceu de forma mais contundente na Itália, com o trabalho desenvolvido pelo psiquiatra Franco Basaglia. Este trabalho teve início numa instituição psiquiátrica em Gorizia, onde foi implantada a experiência da comunidade terapêutica, sendo também desenvolvida posteriormente na cidade de Trieste.

O sentido dado à implantação da comunidade terapêutica foi de certa forma a negação e a recusa da situação que se apresentava naquele momento, conseqüência entre outras coisas, do mandato social¹⁵⁶ delegado ao psiquiatra. Basaglia sinaliza que é a partir deste mandato social recebido que o psiquiatra desenvolve práticas de segregação e passa a custodiar os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, “de modo que percam a possibilidade de fazer escolhas autônomas e responsáveis” (1994 p. 23).

A modalidade de comunidade terapêutica que se instalou em Gorizia recebeu influência direta do referencial de Maxwell Jones.

Tal implantação proporcionou a construção de uma outra realidade menos violenta e segregadora. Esta mudança não foi imediata, mas as idéias que a embasariam estavam em parte já semeadas.

O objetivo inicial de Basaglia era o de reorganizar estruturalmente o manicômio, a partir da implantação de práticas voltadas para sua transformação num hospital terapêutico.

No decorrer desse processo os “doentes” foram aos poucos recuperando a sua condição humana, os seus direitos mais simples como o de expor as suas opiniões (ainda que contrárias as da equipe), seus desejos, a possibilidade de fazer escolhas, enfim, um conjunto de coisas que se relacionam diretamente com a condição cidadã.

Obviamente a atitude de dar voz àqueles que estavam a muito tempo silenciados dentro de uma instituição impregnada da história recente de violência e submissão tem muitos desdobramentos. Basaglia percebendo a amplitude do processo que acabava de iniciar, identificou que outras mudanças para além das ações desenvolvidas no manicômio seriam necessárias.

Era preciso que se transformasse o próprio modelo de assistência psiquiátrica, mas especialmente, as relações travadas entre a sociedade e a loucura. Concluiu-se finalmente que a concepção secular da loucura como sinônimo de desrazão e ausência de verdade, de periculosidade e impossibilidade precisava ser tocada e transformada.

¹⁵⁶ A função da psiquiatria para Basaglia é a de “sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente “recusa” aqueles que não se integram no jogo do sistema.” (Basaglia, 1994, p. 18).

No que tange ao movimento italiano, ainda que práticas relativamente democráticas com tendências a horizontalização das relações fossem instauradas, por mais que se concedesse voz aos doentes mentais – silenciados por décadas – havia um limite que precisava ser transposto, para que o movimento iniciado em Gorizia não se tornasse mais uma experiência fadada ao controle do desvio e voltada para a perspectiva da adaptação social: o rompimento com a instituição fechada, com a instituição total e conseqüentemente, com as práticas totalitárias que se desenvolveram em relação à loucura¹⁵⁷. Basaglia chega a conclusão da necessidade premente de acabar com os manicômios – expressão concreta da exclusão da loucura¹⁵⁸ - e este foi um grande desafio posto ao trabalho desenvolvido por ele em Gorizia, e posteriormente em Trieste.

Mesmo com o passar de aproximadamente vinte e cinco anos, identificamos a necessidade de tocar e transformar a relação social que se tem com a loucura como um desafio atual no processo de reforma brasileiro.

Em relação à experiência italiana, inerente à superação do manicômio estavam a superação dos valores e das funções sociais a ele imputados. Sabemos que as modificações na estrutura não implicam necessária e imediatamente uma equivalente mudança nas relações sociais. As modificações nas relações podem se estabelecer gradativamente¹⁵⁹, mas como não há garantias de que estas transformações aconteçam, o desafio que se apresentou para Franco Basaglia, não apenas de abrir os manicômios, mas fundamentalmente de operar uma mudança em nível cultural, ainda se coloca para os trabalhadores de saúde mental na atualidade.

¹⁵⁷ A experiência italiana, embora inicialmente apoiada na experiência das comunidades terapêuticas, faz uma crítica aos modelos de reformas que se constituíam como meras propostas de mudanças técnico-estruturais.

¹⁵⁸ Entretanto não é exclusivamente o seu fim que soluciona a exclusão dos loucos.

¹⁵⁹ Entendemos que as políticas públicas têm um papel fundamental neste processo de reeducação cultural.

Basaglia formula algumas (...) perguntas que, aparentemente, pareciam estar respondidas e absolutamente óbvias para a psiquiatria e para a sociedade, como, por exemplo, o que é doença mental? E, o que é a psiquiatria? (Amarante, 1996, p. 29).

E argumenta que:

No momento em que a psiquiatria moderna percebe não saber mais nada sobre o que é a doença mental (e, portanto, não saber mais qual seja a sua cura), a crítica institucional descobre que a função do hospital não é mais aquela de reintegrar simplesmente o doente em uma sociedade injusta (Basaglia, 1994, p. 31).

O objetivo de Basaglia não era o de pôr fim à psiquiatria, embora ele entendesse que esta não é capaz de dar conta do complexo fenômeno que é a loucura, e que aquele sujeito é possuidor de outras necessidades que a clínica sozinha não é capaz de abarcar. Ele não negou nem a psiquiatria nem a existência da doença mental e não se autodefinia um “anti” qualquer coisa (á que encontramos em alguns trabalhos a afirmação de que ele foi um antipsiquiatra). O que ele realmente colocava em questão era o conceito doença mental enquanto uma construção teórica devidamente sustentada por um conjunto de outros dispositivos expressos em torno do saber instituído da psiquiatria. A sua proposta foi colocar a doença entre parênteses para que fosse possível se ocupar efetivamente do doente. Nessa perspectiva o cuidado com a “doença

mental” é apenas uma das infinitas necessidades¹⁶⁰ desse doente, na medida em que ele é visto como o sujeito de sua própria história, o que está intimamente vinculado ao fato de ser percebido como um cidadão.

Não obstante, uma das preocupações de Basaglia era a possibilidade de se transitar de uma instituição baseada no signo da violência (o manicômio) para outra baseada na idéia da tolerância (o que os serviços territoriais poderiam e podem se tornar). O perigo desta transição reside no fato de que a base da relação, que está no poder, não é totalmente alterada, podendo manter-se sob o véu da complacência. Sob tal perspectiva a loucura se transformaria em algo que se suporta, em algo que a sociedade tolera.

Um caminho alternativo à tolerância é a construção das relações baseadas na solidariedade, de práticas efetivamente inclusivas, onde, acreditamos, as políticas públicas assumem um papel fundamental. Quanto à prática da tolerância, Basaglia adverte:

O doente mental confrontou-se até agora ou com a sanção ou com a tolerância: na verdade, seu sofrimento, sua diversidade sempre foram ou invalidados ou ignorados [...] Mas a alternativa à sanção não pode ser, também neste caso, a simples tolerância da “loucura”, e sim o aprender a suportar um confronto com o outro que só parece real e significativo quando o sofrimento não é isolado em lugares e ideologias que se encarreguem dele (2005, p. 255).

Numa sociedade capitalista, em que os valores próprios do mercado acabam sendo transferidos e introjetados pelos sujeitos nas suas relações sociais e levados para esfera da vida privada (Luz, 2003), a diferença não encontra acolhida. Tampouco as políticas públicas, de uma forma geral, se orientam para isto. Entretanto, estas devem estar atentas para a inclusão dos segmentos tradicionalmente excluídos e sem lugar na atual lógica social no sentido de superar a prática da tolerância e de apontar para a construção de outra lógica social menos excludente e homogeneizadora.

¹⁶⁰ Em alguns casos pode mesmo não ser a mais importante.

2.1.2. A Superação do Manicômio

Trieste recebe Franco Basaglia em outubro de 1971. Lá ele dispara um processo de desconstrução do aparato manicomial. Paralelamente a este processo foi construída uma rede de atenção à loucura que se pretendia diferenciada, e cujo pressuposto não era a exclusão como condição de tratamento.

Na cidade de Trieste, que contava com pouco menos de 300 mil habitantes (Rotelli, 1994) à época, foram construídos no lugar dos manicômios (e não para substituí-los no sentido de manter a mesma lógica) cerca de sete centros de saúde mental. Cada centro abrangia entre 20 e 40 mil habitantes. O seu funcionamento era em tempo integral, ou seja, 24h por dia, sete dias por semana. Esses serviços atuavam na perspectiva do território respondendo as demandas do bairro/comunidade onde estavam inseridos. E a característica principal desse novo serviço era as suas portas abertas, tanto para quem queria entrar, quanto (e principalmente) para aqueles que queriam sair¹⁶¹. Enfim, um modelo de assistência não manicomial voltado para o “doente” e não para a doença.

Um dos pressupostos fundamentais para esta ruptura com a forma de tratar a loucura foi o entendimento de que o psiquiatra e a psiquiatria, na forma tradicional, só havia encontrado, até então, soluções negativas para a “doença mental” - exclusão social, silenciamento, violência (Basaglia, 2005).

¹⁶¹ Hoje a cidade de Trieste conta com cerca de 280 mil habitantes. A rede de saúde mental lá existente é composta por sete Centros de Saúde Mental, que funcionam em sete zonas da cidade. O hospital psiquiátrico foi desativado. E encontra-se em funcionamento desde 1980 no hospital geral o Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura (SPDC), que corresponderia a uma emergência psiquiátrica. Existem ainda 3 cooperativas de trabalho, 21 moradias de grupo hospedando atualmente 130 pessoas (Dell'Acqua, 2005).

Outros dispositivos como grupos-apartamento¹⁶² e cooperativa de trabalho foram criados e considerados um suporte fundamental a essa nova modalidade de atenção e cuidado. Todo esse complexo processo que foi construído acaba por consubstanciar a proposta italiana de desinstitucionalização¹⁶³, no que tange ao campo da assistência à loucura.

O trabalho iniciado na Itália buscou superar o paradigma centrado na doença, procurando entender o homem antes de tudo como um sujeito complexo – integral - detentor de múltiplas necessidades. Essa posição foi fundamental porque rompeu com a tradicional classificação do sujeito que está em sofrimento como um “doente mental” incapaz de realizar produções¹⁶⁴ relevantes.

Basaglia tentou recuperar a complexidade da loucura que foi simplificada pelo paradigma clínico, e principalmente da relação para além da doença e do lugar destinado a ela. Objetivou, entre outras coisas, resgatar a relação daquele sujeito complexo com si próprio, com a sua família, com a sociedade, enfim com a rede de relações que se encontram implicadas na vivência de cada um.

Para este psiquiatra, a instituição manicomial se caracterizava por uma forte e rígida divisão de poder: os que o detinham e os que não o detinham. Conseqüentemente, toda relação travada no interior da instituição tinha a marca desta divisão desigual, traduzindo-se numa relação de opressão e violência entre os distintos segmentos presentes. Por isso a importância de construir uma rede de assistência que não fosse baseada na violência e na hierarquização dos papéis.

Em seu trabalho, Basaglia privilegiava a “primazia da prática” (Basaglia, 1996 apud Amarante, 1994), o que nos sugere a necessidade de existência de uma prática transformadora - que aqui chamamos de *práxis* - que não se restrinja a uma mera

¹⁶² Residências para os usuários morarem.

¹⁶³ Segundo informa Barros (1990), o termo desinstitucionalização surgiu nos EUA nos idos da década de 60 para designar a retirada dos pacientes dos hospitais e a reinserção dos mesmos na comunidade. Nos distintos movimentos de reforma psiquiátrica que se desenvolvem no pós-guerra, inicialmente na Europa, ele vai adquirindo sentidos diferentes. Contudo, neste trabalho nos referimos ao termo desinstitucionalização a partir do sentido a ele conferido pela reforma italiana. Entendemos que outros movimentos de reforma cuja proposta de retirada dos pacientes dos hospitais não veio acompanhada nem da criação de uma rede territorial, nem de um esforço de reconstrução do lugar social destinado a loucura trabalham com o pressuposto da desospitalização.

¹⁶⁴ Mais uma vez não utilizamos a palavra produção no sentido capitalista.

reprodução de atos, mas fundamentalmente que se expresse produtora de outra realidade e outra cultura, e nesse caso, de uma cultura não manicomial.

Essa prática deve ser reinventada cotidianamente, deve ser questionada e transformada no dia-a-dia por tantas vezes quantas sejam necessárias para que em alguma medida possa responder às necessidades desse sujeito complexo, devendo também ser alvo de reflexão para que não caia no processo de ‘naturalização do fazer’.

Entretanto, o fato da supressão do manicômio não resolveu, não resolve e não resolverá por si só a problemática da loucura¹⁶⁵, e aqui estamos nos referindo não só a todas as expressões da violência para com os loucos, como também a sua exclusão social (já que fora dos muros que os cercavam, eles continuavam sob o véu dessa mesma exclusão, talvez agora um pouco mais sofisticada). Para além da substituição ou extinção dessa instituição descontaminada¹⁶⁶ (Rotelli, 2001) é necessário todo um trabalho em nível de re-educação cultural.

Na Itália, a normatização da Reforma Psiquiátrica ocorre a partir da aprovação, em 1978, de uma lei que proibia novas internações em manicômios, e que preconizava a sua progressiva extinção e a criação de novos serviços instalados no território para atender a demanda em saúde mental.

A aprovação da Lei 180 ou Lei Basaglia como também é conhecida, tem conseqüências importantes, sendo uma das principais a dissociação da causalidade entre a doença mental e a periculosidade, que certamente era um impeditivo para se pensar qualquer nível de cidadania para os “doentes mentais”.

Ao longo da história a expressão doença mental foi dotada de um significado negativo, portanto ao taxar um sujeito desta forma incorremos no risco de que ele seja estigmatizado e passe por um processo de desvalorização.

¹⁶⁵ Tampouco o processo de desinstitucionalização se realiza/se esgota no ato de abrir as portas do manicômio. Este é o seu ponto de partida.

¹⁶⁶ Rotelli usa a expressão “instituição descontaminada” em oposição ao que ele chama de “instituição inventada” que seria o lugar onde se promovem a emancipação, as trocas sociais, o surgimento de atores sociais, enfim, que promove a vida. A “instituição inventada” não é outra coisa que não a conseqüência do processo continuado de desconstrução dos saberes, da prática, das ideologias, do cotidiano nos serviços.

A condição de alienado mental subtrai do sujeito a sua possibilidade de inserção no mundo como um cidadão, como também a possibilidade de se inscrever no mundo enquanto sujeito que constrói a própria história e que detém a sua forma de estar nesse mundo. É relevante, porém, ter claro que falar da cidadania do louco considerando-a apenas como um conjunto de atributos formais¹⁶⁷ é algo complexo tendo em vista que em muitos países (inclusive no Brasil), outros segmentos da sociedade menos estigmatizados ainda enfrentam vários obstáculos para garantir a sua cidadania.

Por outro lado, como sinaliza Bezerra (1992), como pensar a cidadania – enquanto pleno exercício de direitos e deveres – para um segmento que ao longo do período em que o próprio conceito de cidadania se desenvolveu foi mantido sob a tutela de um ator institucional e efetivamente excluído do tecido social?

Do ponto de vista da cidadania formal, Marsilgia justifica a necessidade de uma luta específica para a concretização da cidadania para os loucos:

A cidadania para o doente mental é um processo mais obstaculizado do que a cidadania do conjunto da população brasileira: o avanço da cidadania dos doentes mentais não ocorrerá se não houver um avanço como um todo, da cidadania de todos os segmentos da população. Entretanto, também não lhe será suficiente este avanço, porque os doentes mentais estão numa situação específica na sociedade, o que demandará uma luta específica para que seus direitos venham a ser admitidos. (Marsilgia, 1987, p. 13-4)

Entretanto, entendendo o limite da cidadania formal para o segmento da loucura, houve a necessidade, informada pelo próprio nosso de estudo, de trabalhar com uma concepção ampliada da noção de cidadania, que não esteja limitada ao pressuposto da igualdade¹⁶⁸.

Young (1990) afirma que quando a concepção de cidadania é a mesma para todos, na prática isso se traduz no requisito de que todos os cidadãos sejam iguais, o

¹⁶⁷ O que não é o caso deste trabalho.

¹⁶⁸ Nossos argumentos acerca desta afirmação estão expostos no capítulo III.

que não é o caso. Alguns segmentos, pela particularidade da sua trajetória histórica, encontram-se em franca desvantagem, quando não excluídos, se comparados a outros segmentos com trajetória distinta, como é o caso do acesso e da condição de trabalho entre mulheres brancas e negras, ou o acesso dos negros à universidade.

Partimos do princípio que outros aspectos são essenciais para compor o que venha a ser a cidadania, especialmente quando nos referimos a determinadas maiorias percebidas como minorias e com trajetórias tão específicas, como é o caso dos “doentes mentais”. Este debate será retomado no próximo capítulo.

2.1.3. O Dispositivo da Desinstitucionalização: Um Caminho Possível para a Cidadania

O projeto de transformação iniciado por Basaglia pode ser definido como um processo radical de desconstrução-invenção-construção das ideologias, da função dos profissionais e dos próprios saberes sociais (Amarante, 1994), com qual ele buscava, sobretudo, a ruptura com um paradigma consubstanciado pelos saberes construídos (alvo da desconstrução). Esse movimento abriu a possibilidade para o surgimento de um novo dispositivo: a desinstitucionalização.

E foi esse conceito de desinstitucionalização que forneceu as bases teórico-metodológicas do projeto de transformações implementado por Basaglia na Itália e que repercutiu em outros países como o Brasil.

A desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se nesse ‘período de transição’, no qual inicia-se uma fase de afastamento do

paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano (Amarante, 1996, p. 29).

A desinstitucionalização significa *latu sensu* a não-instituição, a negação da instituição. E não estamos nos referindo as instituições corporificadas na sociedade, mas àquelas instituições que servem de sustentáculo para essa mesma sociedade e que têm como produto a violência e a exclusão. Nas palavras de Rotelli:

A instituição é, para nós, o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente [onde] o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos nesta rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente (1994, p. 151).

Desta forma, a desinstitucionalização implica a ausência de qualquer processo de institucionalização, e seu objeto é a ruptura com o paradigma clínico que é fundante desse conjunto de saberes ao qual Rotelli se refere.

Este rompimento com as instituições é necessário porque a partir da legislação francesa de 1838 foram vinculadas à loucura e à doença mental (que não são sinônimos¹⁶⁹) três dimensões¹⁷⁰ que se expressam em uma só: a psiquiatria. A psiquiatria é ao mesmo tempo médica e assistencial e sua ação está estritamente ligada ao controle da ordem (Barros, 1994).

A idéia de institucionalização com a qual estamos trabalhando é aquela definida por Basaglia como:

O complexo de danos derivado de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (apud Amarante, 1994, p. 67).

As concepções básicas e fulcrais que orientaram o projeto basagliano na implementação da reforma psiquiátrica na Itália eram contrárias à institucionalização. Nesses termos Basaglia acreditava que havia dois tipos de práticas institucionalizantes que deveríamos superar: a do corpo hospitalar e a do ambiente externo¹⁷¹.

A implementação da reforma psiquiátrica na Itália foi conseqüência de uma luta iniciada por alguns atores do campo da saúde mental, e que vai se ampliando até que

¹⁶⁹ Na corrente italiana, a doença deveria ser dissociada da loucura já que esta última era por eles entendida como uma contradição própria da vivência humana.

¹⁷⁰ Segundo Barros essas três dimensões seriam: jurídica, médica e social

¹⁷¹ Para uma discussão mais aprofundada ver Amarante, 1994.

é oficializada e suas propostas incorporadas enquanto política oficial de assistência à saúde mental.

Essa luta partiu da negação de um sistema que é “a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação sobre o qual se age” (Basaglia apud Amarante, 1994, p. 72). É a negação da instituição enquanto um conjunto de aparatos científicos que se constituíram em torno de um objeto que foi tomado erroneamente como objeto de ação da psiquiatria, ora também questionado: a doença.

Concordamos com Rotelli (2001) quando este afirma que o verdadeiro objeto da psiquiatria sempre foi a existência-sofrimento dos sujeitos e a relação destes com o corpo social¹⁷². “O mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença- da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (Rotelli, 2001, p. 90). A criação dessas instituições e a objetivação da loucura e dos loucos foram os principais motivos da falência da psiquiatria clássica.

É importante salientar que o processo de desinstitucionalização, como iniciado na Itália, não é sinônimo de desassistência ou a desospitalização (como vem sendo praticada em muitos lugares), mas ao contrário, significa a possibilidade de criação de uma infra-estrutura específica para que estes indivíduos em sofrimento sejam cuidados e assistidos. É um momento também de desconstrução das ideologias que conformaram a antiga prática, alvo de críticas.

Para Amarante, a desinstitucionalização “implica não apenas um processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas” (1994, p. 81).

Nas palavras de Castel et all, a desinstitucionalização é o “inexorável deslocamento do centro de gravidade das práticas psiquiátricas do hospital para aquilo que se denomina, nos EUA, comunidade, na França, setor, na Itália, território...”(apud Delgado, 2000, p. 182-3).

¹⁷² Alguns autores sinalizam que o objeto da medicina é a doença e que toda metodologia que promete deslocar este objeto está equivocada (Gastão Wagner, 2005 palestra realizada no dia 02/05/05 na Ensp).

A reivindicação da cidadania dos loucos é tomada como mais visceral a partir da propostas de reformas psiquiátricas. E neste sentido, entendemos que a produção da cidadania (possível) pode ser buscada e incentivada pelos serviços de saúde mental, considerando, sobretudo, a diferença: investir na produção de cidadania dos sujeitos a partir da diferença.

Para que possamos pensar socialmente a produção de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico precisamos compreender que existem outras formas de subjetivação diferentes da definida hegemonicamente como padrão e, portanto, também hegemonicamente aceita.

No Brasil, a reforma psiquiátrica e o dispositivo da desinstitucionalização seguem os rumos da experiência italiana, resguardadas as especificidades entre ambos os países.

Com efeito, partimos do entendimento de que o conceito de desinstitucionalização não está restrito à reestruturação técnica e administrativa com a implementação de técnicas mais modernas. Se concebida assim, não operamos uma ruptura total com a lógica manicomial, que é o que se pretende desconstruir, e podemos ter apenas uma modernização do serviço de atenção à saúde mental. Nesta perspectiva pode ser que não haja mudanças em nível de relação social e então os serviços substitutivos podem virar “manicômio moderninho¹⁷³”. Em relação a isto Amarante e Torre registram que “se não existirem rupturas, não existirão os novos serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios” (2001, p. 33).

Quando falamos em desinstitucionalização, dada a sua complexidade, torna-se de extrema relevância pensarmos em algumas questões no nível da prática e do cotidiano, tais como: controle de internação, acesso à rede de atenção à saúde,

¹⁷³ A despeito da possível controvérsia desta afirmação, acreditamos que o pior dos Caps ainda seja muito melhor do que o melhor dos manicômios, pois já houve nesta passagem uma ruptura com a lógica anterior que presidia a assistência à saúde mental, baseada na exclusão e na segregação. Neste sentido, Fraser (2003) justifica que estar excluído é muito pior do que estar incluído de maneira subordinada. Desta última forma, ao menos é possível interatuar socialmente com outros sujeitos, ainda que as condições de “igualdade” não estejam dadas.

A superação dos manicômios é apenas o primeiro momento de um processo mais complexo, haja vista que, conforme já sinalizamos, uma sociedade sem manicômios não significa necessariamente uma sociedade não excludente.

atenção básica, lugar do hospital geral na rede de atenção à saúde, intersectorialidade, assistência farmacêutica, atenção à família, relação com a comunidade, entre outros. Ou seja, acreditamos que para que este projeto se concretize integralmente, é urgente a existência¹⁷⁴ de uma rede de atenção às pessoas que o sustente. Isto somente é viável a partir da tomada de responsabilidade de todos os segmentos envolvidos na reforma psiquiátrica.

Diante do exposto podemos afirmar que liberdade, proteção, responsabilidade, cuidado, participação, autonomia e cidadania, entre outros, se colocam como conceitos centrais no processo de Reforma Psiquiátrica.

2.2. BRASIL: AS REFORMAS NO SETOR SAÚDE

O movimento pela reforma psiquiátrica atinge entre as décadas de 70 e 90 muitos países¹⁷⁵, mas não ocorre de maneira uniforme em todos eles. Ao contrário, a reforma psiquiátrica vai assumindo características específicas em alguns países durante a sua implementação. Na Itália e nos EUA a reforma foi/é marcada pela desinstitucionalização, com conseqüente fechamento dos grandes centros manicomiais. No primeiro país isto significou uma reorganização no modelo de assistência destinado à saúde mental, impulsionando a implementação de serviços de saúde centrados num outro conceito que não o da exclusão, rompendo com a cultura manicomial. Estes novos serviços eram localizados na comunidade (lógica territorial), onde tanto usuários quanto a própria comunidade tinham livre acesso.

Já nos EUA – berço das propostas neoliberais – a proposta de desinstitucionalização não obteve o mesmo impacto. Nesse país ela se transformou em desospitalização, ou seja, retirou-se as pessoas dos hospitais sem a necessária criação de uma rede de atenção territorial.

¹⁷⁴ Essa rede já existe, mas carece de consolidação.

¹⁷⁵ O Japão é um país que até a década de 90 caminhava em clara oposição aos preceitos do movimento pela reforma psiquiátrica, contabilizando uma cifra de 335.000 internados (Rotelli et al 2001, p. 19).

En un sistema sanitario como el de EEUU, caro e insolidario – la enfermedad y la incapacidad son una responsabilidad individual -, las experiencias de psiquiatría comunitaria non pueden pasar de tentativas piloto con reducidos grupos marginales y non debe extrañarnos que la desinstitucionalización adquiriera, salvo en unos poco Estados, características “salvajes”, ya que los pacientes crónicos externados incrementaron el ya alto número de pobres abandonados a su suerte. No me cansaré de repetir que no hay atención comunitaria sin un Estado social, como no hay cuidado ético sin dignidad ni humanidad (Desviat, 1999, p.2).

No Brasil, a reforma psiquiátrica constitui-se como um processo que tem início entre os anos de 1978 e 1980, ganhando amplitude a partir da conjuntura da redemocratização, e constitui-se como política oficial de governo no final da década de 80/início da década de 90.

Para tratarmos da constituição da reforma psiquiátrica brasileira, além de termos situado a sua principal influência – a reforma italiana –, iremos apresentar a conjuntura nacional que se configurava na área da saúde naquele momento¹⁷⁶.

Para tanto será necessário nos determos brevemente sobre um dos mais importantes movimentos do setor da saúde: a reforma sanitária. Ela surge enquanto um movimento crítico, a partir dos questionamentos tanto ao Estado - de caráter autoritário - quanto às políticas de saúde. Sua principal reivindicação estava pautada na reformulação do sistema de saúde nacional.

2.2.1. O Processo de Reforma Sanitária

A partir do final da Segunda Guerra Mundial tem início no Brasil um profundo processo de transformações sociais, políticas e econômicas, marcado pela perspectiva desenvolvimentista que se tornou o ícone do governo de Juscelino Kubitscheck.

Com o projeto desenvolvimentista, instaurou-se a crença de que com um desenvolvimento calcado na industrialização e com o Estado “no controle” seria possível que o país alçasse o posto de economicamente mais desenvolvido. Isto

¹⁷⁶ Não pretendemos esgotar esta discussão, tampouco contemplar a totalidade deste processo em nenhum de seus níveis sócio-político e cultural.

ocorreria através, entre outras coisas, da execução de ações bem planejadas e controladas. Daí a importância da presença do Estado neste processo, haja vista que a tese ideológica central era a de que a intervenção do Estado na economia era a condição *sine qua non* para o desenvolvimento do país.

No que tange à questão da saúde, no período que precede o golpe de 64, a idéia desta como um direito e o Estado como um garantidor legítimo deste direito já está colocada, ainda que seu desenvolvimento tenha sido interrompido abruptamente pela entrada do período autoritário.

A emergência da ditadura no Brasil inscreve-se num contexto que transcende a fronteira nacional, haja vista o surgimento de outros movimentos de contra-revolução no período em questão, cujos objetivos eram: a adequação dos padrões de desenvolvimento nacional ao novo quadro econômico que se delineava, marcado por uma maior internacionalização do capital; imobilizar os atores sociopolíticos mais resistentes ao processo de inserção do país mais subalternamente no sistema capitalista; atomizar as tendências contra a revolução e contra o socialismo, considerados os grandes inimigos (Silva e Silva, 2002).

Neste período, a idéia central do sanitarismo desenvolvimentista¹⁷⁷ sobre a saúde era a de que os níveis desta estavam intimamente ligados ao grau de desenvolvimento do país, e que as ações implementadas seriam ineficazes se não considerasse tal relação (Fleury, 1988).

Decorrente da expansão industrialista ocorre um acelerado processo de urbanização que, ao ser mal planejado, acaba por acarretar na agudização das questões sociais naquele momento. Como resposta, amplia-se o escopo das políticas sociais, a partir de uma série de implantações¹⁷⁸, especialmente o FUNRURAL, ocorrendo uma certa ruptura com o modelo de cidadania regulada, tendo em vista que tais medidas forjaram uma certa universalidade dos direitos sociais (Fleury, 1988).

¹⁷⁷“O sanitarismo desenvolvimentista nasceu no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado novo e no bojo do processo de industrialização e urbanização que começava a se desencadear (Fleury, 1988, p. 15)”.

¹⁷⁸ A saber: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, que substituiu a garantia de estabilidade no emprego; o Banco Nacional de habitação (BNH); o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP), entre outros.

O período que se segue após o golpe de 64 é caracterizado pelo recrudescimento do modelo de privatização do social (Fleury, 1988), marca de um processo maior de modernização capitalista que é levado a cabo pelo regime autoritário.

Investia-se na tentativa de atenuar os desníveis na oferta de assistência médica através de uma distribuição mais judiciosa dos serviços. Acreditava-se naquele momento que a melhor forma para alcançar tal objetivo seria através da transferência de prestação dos serviços médicos para o setor privado. A tecnocracia e a privatização tornaram-se o carro chefe da política de saúde.

A característica de tal política neste momento era um recrudescimento da atenção médica individual. O modelo privatista foi sendo implementado pela Previdência Social¹⁷⁹ que “tornou-se uma instituição-chave para a privatização e capitalização do setor, ao mesmo tempo em que assegurou condições mínimas para a manutenção e reprodução da força de trabalho” (Fleury, 1988, p. 41).

Malgrado a entrada da Previdência Social no circuito da assistência à saúde e o relativo abandono do Ministério da Saúde, não houve melhora significativa na oferta de serviços em nível qualitativo. O que norteava as ações na área de saúde era, entre outras coisas, a necessidade de reprodução da força de trabalho, o que de certa forma configurava uma lógica de atenção em saúde pobre destinada para pobres (que perdura até os dias atuais).

Essa lógica privatista estava em consonância com as orientações e diretrizes da Reforma Administrativa de 1967, que previa a intervenção do setor público apenas nas áreas onde não houvesse interesse do setor privado, corroborando a lógica de compra de serviços (Fleury, 1988).

As conseqüências do sistema de credenciamento não foram as melhores. Como a Previdência Social pagava muito menos do que as unidades recebiam de particulares, as mesmas criavam estratégias para aferir lucro nesta relação de venda de serviços

¹⁷⁹ A inserção da Previdência na assistência à saúde era concretizada através da compra de serviços médicos da rede privada.

para o Estado. Estas estratégias iam desde pacientes fantasmas até a realização de intervenções cirúrgicas desnecessárias e prolongamento de internações.

No campo da saúde mental este período pode ser considerado como os áureos anos da assistência privada. Primeiro porque, como já sinalizado, acreditava-se que a oferta de atenção psiquiátrica não demandava uma infra-estrutura complexa, o que tornava o setor muito atrativo do ponto de vista da relação custo-benefício. Em segundo lugar, as internações prolongadas em psiquiatria não eram questionadas tendo em vista que este era o tratamento hegemônico destinado aos problemas da mente naquele momento¹⁸⁰. Não obstante, a tendência dos donos das clínicas psiquiátricas era, além do prolongamento das internações¹⁸¹, o aumento indiscriminado de novas internações.

Esta situação de predomínio da atenção médico-hospitalar privada sobre as medidas médico-sanitárias implicou na pouca resolutividade da política de saúde, forjando desigualdades em termos de apropriação destes serviços, tendo como conseqüência em alguns lugares, a manifestação dos setores excluídos (Yasuí, 1999).

É neste panorama, marcado pelo autoritarismo, que os movimentos sociais tomam a cena enquanto movimentos reivindicatórios de direitos, “numa perspectiva de apropriação igualitária de bens de consumo coletivo e de cidadania ou de melhores condições de vida nas cidades” (Jacobi, 1989, p. 159).

E é nesse contexto que surge o movimento sanitário¹⁸², oriundo basicamente do âmbito acadêmico, mais especificamente dos departamentos de medicina preventiva e social, que tinha como um de seus objetivos a reivindicação da democratização da saúde.

Também conhecido como movimento de democratização da saúde, o movimento sanitário tinha um entendimento ampliado de saúde. Defendia que esta não é explicada exclusivamente por um determinante biológico, sendo necessário considerar

¹⁸⁰ Embora, como vimos no capítulo anterior, algumas propostas alternativas à internação já se concretizassem.

¹⁸¹ Situação que ainda hoje pode ser encontrada, com o diferencial de que o teto máximo para novas internações é de 90 dias.

¹⁸² Em termos de institucionalização do movimento, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) pode ser considerado o seu primeiro protagonista. Ele surge envolvendo distintos segmentos e propiciando a difusão da proposta de organização de um novo sistema de saúde.

o próprio processo de reprodução social imbricado na relação saúde-doença. Desta forma, o movimento sanitário confronta o paradigma biomédico até então hegemônico, e embora não tenha conseguido configurar um novo paradigma (Fleury, 1992), põe em questão o existente, baseado numa concepção individualizada de saúde restrita e limitada à dimensão biológica.

O movimento sanitário pretendia a reorganização do sistema de saúde e para isto propunha: a reorientação da relação entre os setores público e privado, com intuito de reverter o processo de privatização e instituir outras formas de controle do setor público sobre o privado; estados e municípios com maior autonomia decisória e financeira; participação social nos processos de formulação e implementação das políticas; reorganização do financiamento visando ampliar a base de recursos (Lobato, 2000, p. 18).

Neste trabalho estamos comungando com a concepção de que a saúde não está restrita à condição física, mas também à condição mental, sendo produzida socialmente e tendo causa e efeito em diversas esferas, como na sociabilidade, na afetividade, no lazer (Vaitsman, 1992). Em relação à ampliação do conceito de saúde, esta autora sinaliza que:

Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer – ou da sua ausência, por exemplo- do afeto, da sexualidade, das relações da vida sobre novas bases...(1992, p. 171).

No início do período conhecido como distensão, o movimento democrático começa a se aproveitar dos espaços dentro do aparelho do Estado. Esta estratégia de

fazer avançar o processo de democratização da saúde por dentro do Estado ficou conhecida como a “via do parlamento” (Neto, 1997)¹⁸³.

A politização das discussões sobre saúde e a ocupação de espaços políticos foram as estratégias que orientaram o movimento sanitário, e que o fizeram adentrar a década de oitenta com um nível de organização que o colocou como o único grupo capaz de oferecer uma proposta alternativa viável de reforma do sistema de saúde.

Destarte, o conjunto de propostas levantadas e defendidas pelo movimento sanitário ganhou concretude no processo que recebeu o nome de reforma sanitária.

Podemos definir a reforma sanitária como um processo que não deve ser limitado à legislação ou à determinadas estratégias, sob pena de ser reduzido à uma mera reforma administrativa. Não obstante, Paim (1997) sinaliza que parte significativa da reforma se realiza no âmbito técnico-institucional, mas tampouco se efetiva ou se reduz a esta dimensão.

Este autor, citando Arouca, define a reforma sanitária como uma totalidade de transformações que objetivava dar conta de uma miríade de questões técnicas, políticas, sociais, tecnológicas, entre outros (Paim, 1997).

Segundo Lobato (2000) ao tentar compreender o processo de reforma sanitária no Brasil devemos considerar inicialmente dois aspectos: o primeiro diz respeito às mudanças que assolaram o país nas duas últimas décadas; e o segundo se refere ao próprio alcance da reforma sanitária¹⁸⁴.

A crise tem início mais concretamente nos anos 70, com os primeiros indícios de esgotamento das economias industrializadas, sendo em certa medida consequência das mudanças que se configuravam na economia internacional, cuja expressão foi a crise do petróleo.

¹⁸³ A despeito de todas as críticas dispensadas a esta estratégia, Neto sinaliza que o parlamento foi um *locus* privilegiado para o avanço da democratização. Para uma melhor apropriação do tema sugiro ver Neto, 1997.

¹⁸⁴ Para uma discussão mais aprofundada sobre o tema sugiro ver Lobato, L. A Reforma Sanitária e a Reorganização do Sistema de Saúde: Efeitos sobre a Cobertura e a Utilização de Serviços. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ. 2000.

Apesar disso, o regime autoritário vai perdendo a legitimidade tendo em vista que o seu sustentáculo era o crescimento econômico. O processo de transição democrática inicia-se, prolongando-se pela década seguinte.

A década de 80 foi marcada pela redemocratização e pelo retorno (ou a intenção do mesmo) da cidadania. Muitos consideram esta década como a década perdida do ponto de vista econômico, mas esta afirmativa não é extensiva para o aspecto social. Neste campo tivemos avanços significativos (mesmo que muitos deles tenham virado “letra morta”) e extremamente importantes, como é o caso da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS - na década de noventa¹⁸⁵.

Nos primeiros anos da década de 80 é firmado um importante convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde para a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Neste convênio já estavam aparentemente colocados alguns dos princípios¹⁸⁶ que posteriormente norteariam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na constituição da reforma sanitária um marco a se considerar é a 8ª Conferência Nacional de Saúde que correu no ano de 1986 e é quando, segundo Lobato, “a reforma se traduz pela primeira vez em uma política *stricto sensu*” (Lobato, 2000, p. 18).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) contou com uma ampla participação de distintos segmentos: sociedade civil, representantes de instituições da área, profissionais e partidos políticos. Em seu relatório final a saúde aparece definida como um conjunto ampliado de condições que se traduzem em qualidade de vida, tais como: lazer, saneamento, trabalho, entre outros. Esta posição não permite, ao menos na teoria, que a reforma se esgote numa mera reorganização administrativa.

Tal conferência aponta para a necessidade de espaços específicos para a realização de discussões em alguns campos, como o da saúde mental, dadas as suas especificidades. Isto, por seu turno, acaba abrindo o precedente para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987.

¹⁸⁵ É a primeira vez que se reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

¹⁸⁶ Equidade, universalidade, descentralização, atenção integral entre outros.

A maturidade do processo de reforma sanitária tem como cenário a década de oitenta e encontra a sua base legal na Constituição Federal de 1988, incorporando as diretrizes principais da reforma sanitária, tais como: o direito universal à saúde; Equidade; a Integralidade das Ações de Saúde e Hierarquização do Atendimento; Controle Social e Participação Popular; Descentralização e Regionalização, entre outros.

Com a “Constituição cidadã” a saúde se consolida como direito do cidadão e dever do Estado, e a criação do SUS confere materialidade às propostas da reforma sanitária.

Historicamente a assistência à saúde mental sempre esteve sob a responsabilidade do governo federal, através da sua rede hospitalar. Esta situação começa a apresentar indícios de mudança a partir do final da década de 80, especialmente com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS - e com a premente necessidade de reestruturação da política de saúde, tendo como desdobramento os processos de municipalização.

Infelizmente a concretização das propostas da reforma sanitária ainda enfrenta dificuldades que somente em parte podem ser explicadas como conseqüências dos ajustes econômicos. A falta de atenção e de interesse político, que pode ter como conseqüência, em determinados momentos, a falta de estratégia clara para o setor, também deve ser considerada quando entramos nessa esfera de discussão.

Não obstante todas as dificuldades postas, o projeto social que defende o direito à saúde como universal ainda se mantém hegemônico. A reforma sanitária, tendo como princípios centrais a universalização, a democratização e a equidade no acesso, é hoje uma realidade no país (da maneira possível).

Em suma, as várias críticas formuladas nas décadas de 70/80 ao modelo de saúde do Estado autoritário - caracterizado por um modelo privatista da política de saúde - acarretaram a elaboração de propostas alternativas que se constituíram concretamente no movimento de reforma sanitária. Este período foi marcado pela questão da ampliação do acesso à assistência em saúde.

Por alguns anos o movimento de reforma psiquiátrica caminha muito próximo da reforma sanitária. O distanciamento ocorre em 1987. Uma explicação plausível para isso é que o movimento de reforma psiquiátrica mantém em debate como questão central a (des)institucionalização dos sujeitos internados nos hospícios enquanto prática de violência e exclusão social, questionando o saber médico enquanto um instrumento de dominação e controle. No campo da saúde mental há ainda uma mudança de paradigma – do asilar para o da atenção psicossocial. Já o movimento de reforma sanitária não dá continuidade à problematização do dispositivo de controle e normatização, próprios da medicina como instituição (Tenório, 2001).

2.2.2. O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ao iniciar este tópico optamos por apresentar uma passagem de Yasuí, que, embora longa, consegue traduzir a trajetória do movimento da reforma psiquiátrica na década de oitenta:

Mantendo as críticas ao asilo e à violência institucional no contexto da contestação ao regime militar, fortalecendo o processo de redemocratização, o Movimento da Reforma Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social. No início dos anos oitenta buscou, também, a exemplo do Movimento Sanitário, conquistar espaços dentro do aparelho estatal no sentido de introduzir mudanças no sistema de saúde. A eleição para governadores de 82 alavancou essa estratégia, proporcionando o ingresso na rede pública de uma nova geração de trabalhadores. O período da Nova República consolidou esse processo com a incorporação dos principais princípios e diretrizes do Movimento Sanitário na Constituição. O Movimento Sanitário institucionalizou-se, confundindo-se com o Estado. O Movimento da Reforma Psiquiátrica, ressentindo-se desse fato, principalmente a partir de seu principal ator, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, produziu uma ruptura em 1987, no Congresso de Bauru, inaugurando o Movimento da Luta Antimanicomial e retomando a necessidade de ampliar o campo das discussões e ações em saúde mental. A partir da eleição para prefeitos, em 89, a cidade de Santos, na gestão do PT, produziu uma experiência singular que abrangeu duas características do Movimento da Reforma Psiquiátrica: a ocupação dos espaços de decisão e de poder do aparelho estatal, possibilitando a invenção de um processo de transformação radical da assistência em saúde mental (Yasuí, 1999, p.119)

Muitos são os autores que se debruçam sobre o estudo da trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, alguns dos quais se tornaram referências na área. Dos textos mais clássicos (Amarante, 1995, 1996; Goldberg, 1989) aos estudos mais recentes (Tenório, 2001; Yasuí, 1999) temos um panorama ampliado do processo de reforma.

Uma de suas expressões são as transformações na assistência em saúde mental, com a criação de uma rede de serviço territorial de atenção psicossocial.

Mesmo assim, a reforma psiquiátrica não se limita à reestruturação da assistência ou à humanização das relações no espaço de tratamento. Esta é sem dúvida uma definição reducionista de um processo que objetiva, entre outras coisas, desinstitucionalizar o paradigma racionalista que está na base da constituição da psiquiatria e da forma como a sociedade vem se relacionando com a loucura.

Consideramos a reforma psiquiátrica¹⁸⁷ como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico” (Amarante, 1995, p. 87).

Este movimento surge no Brasil a partir da conjuntura da redemocratização, tendo como fundamentos a crítica ao subsistema nacional de saúde mental e ao saber e às instituições psiquiátricas (idem, ibidem).

A reforma psiquiátrica pode ser percebida ainda como um processo social complexo (Rotelli, 1994). Neste sentido, Alves(1996, p. 1) afirma:

[...] processo social que engloba a mudança nos paradigmas do cuidado à saúde mental, significativas transformações culturais e a conseqüente convalidação jurídico-legal dessas conquistas.

Em relação a este entendimento acerca da reforma, Amarante completa afirmando que:

¹⁸⁷ Alguns autores apontam para uma problemática conceitual em relação ao uso do termo reforma. Sugiro ver Amarante, 1995 Fleury, 1989 e Bezerra Jr, 1992.

Um *processo* indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último e ótimo. Aponta para a constante inovação Um *processo social* nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um *processo social complexo* 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 (2003, p. 49). Grifos do autor.

São quatro as dimensões da reforma psiquiátrica as quais o autor se refere onde diversas transformações vem ocorrendo:

- 1- Dimensão epistemológica ou teórico-conceitual: onde ocorrem os movimentos de desconstrução/reconstrução/invenção dos conceitos sobre os quais a psiquiatria se funda.
- 2- Dimensão técnico-assistencial: é onde ocorrem as modificações do fazer na assistência à saúde mental, que é possibilitada a partir das transformações dos conceitos. É o campo em que a reforma psiquiátrica mais tem avançado a partir da construção da rede de novos serviços.
- 3- Dimensão jurídico-política: é neste campo que se situam as revisões da legislação. É o campo em que se realizam as (re)discussões acerca das relações sociais e das noções tradicionalmente associadas à loucura.
- 4- Dimensão sociocultural: ações que contribuam para a mudança do imaginário social da loucura, com conseqüente mudança do lugar social ocupado por ela, transformando, num plano maior, as relações sociais.

Consideramos que o caráter inovador da reforma psiquiátrica brasileira é o reclame da cidadania do louco - reivindicar os direitos e o reconhecimento social, entre outras coisas, deste segmento que até pouco tempo – duas ou três décadas atrás - ficava presos em celas fortes, como se fossem animais. E esta não era uma prática

considerada esdrúxula, a saber, consistia no que se acreditava como parte do tratamento, dentro do campo da assistência à saúde mental.

Quando fazemos referência à reivindicação de cidadania para o louco, acreditamos na necessidade de extrapolar a concepção clássica que define o cidadão pleno como aquele detentor dos direitos civis, políticos e sociais.

O segmento da loucura possui uma identidade construída ao longo de sua trajetória. É preciso considerá-la para pensar em qualquer patamar de construção/reivindicação da cidadania desses sujeitos.

Entretanto, falar em construção de cidadania no campo da saúde mental é também desafiante. Como reivindicar a cidadania para aqueles que nunca tiveram direito a ter os mesmos direitos conferidos aos sujeitos que a sociedade reconhecia como tais¹⁸⁸? Como superar o estatuto de cidadania baseado na tutela que foi conferido à loucura?

Acreditamos que a busca da cidadania tem uma dimensão ética, tendo os profissionais da saúde mental um papel fundamental. Na perspectiva do conceito de intelectual orgânico de Gramsci, os profissionais constituem o segmento que “pode dar homogeneidade e consciência a esta classe” (Coutinho, 1999, p. 175) e disseminar a luta e reivindicação do segmento da loucura, contribuindo na luta por uma outra direção social.

Acerca da constituição do movimento de reforma psiquiátrica, muitos foram/são os atores envolvidos nesse no Brasil. Dentre eles podemos citar: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Centro de Estudos de Saúde (Cebes), o sindicato dos médicos, o Movimento da Luta Antimanicomial, as associações de familiares e de usuários, entre outros.

Não obstante a importância de todos os atores envolvidos neste processo, sem os quais ele talvez não tivesse se constituído, um dos atores com maior relevância na reforma psiquiátrica foi o MTSM, criado em 1978. Este movimento nasce no interior dos próprios hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo precípua se constituir enquanto

¹⁸⁸ Essa discussão será trabalhada mais adiante.

locus de debate e luta não institucional, no sentido de iniciar e impulsionar as transformações no âmbito da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995).

No decorrer da década de 70 surgem duras críticas em relação à então ineficácia da assistência à saúde e ao seu caráter privatista¹⁸⁹. Somam-se a essas críticas denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços. A violência, a negligência e o abandono das pessoas internadas no hospício também são denunciados.

Podemos dizer que o acontecimento que disparou o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental¹⁹⁰ (DINSAM) em 1978, quando os profissionais das unidades do Rio de Janeiro a ela vinculadas¹⁹¹ iniciam uma greve que é seguida da demissão em massa dos mesmos e estagiários das referidas unidades (Amarante, 1995).

A crise tem início com a denúncia de médicos sobre as condições irregulares de trabalho e a trágica situação em que se encontravam os internos dos hospitais psiquiátricos¹⁹². Neste momento outros atores¹⁹³ entram em cena apoiando as críticas e mobilizações em relação às condições de trabalho nos hospitais gerais. Este foi o foco inicial. Num segundo momento é que as condições degradantes dos pacientes tornam-se o foco central.

O trabalho desses profissionais nas instituições de saúde mental era extremamente precário¹⁹⁴ e sem nenhuma segurança do ponto de vista dos direitos trabalhistas. A atmosfera do trabalho era na maioria das vezes de ameaça e violência.

¹⁸⁹ A título de ilustração, entre 1965 e 1970 a clientela das instituições privadas dobrou, passando de 14.000 em 1965 para 30 mil no início da década de 70 (Resende, 1987, p. 61).

¹⁹⁰ Setor do Ministério da Saúde responsável pela política de saúde mental.

¹⁹¹ A saber: Hospital Pinel (atual Phillippe Pinel), Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal de assistência à saúde Nise da Silveira), Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

¹⁹² Situação esta que mudou consideravelmente, mas é com muito pesar que constatamos que ela ainda hoje não deixou de existir. Não é raro tomarmos conhecimento de casos de violência contra usuários internados em hospitais psiquiátricos. Situações que vão desde a violência simbólica até a extrema, como o caso de pessoas que saem paraplégicas da internação ou sofrem queimaduras, episódios em que a equipe se utiliza do usuário como instrumento de tortura de outro usuário em prol da própria equipe (quando um técnico é agredido e não pode revidar, mas não impede que outros usuários o façam).

¹⁹³ Movimento de renovação médica (REME) e o CEBES.

¹⁹⁴ A DINSAM contratava os profissionais já formados ou estagiários como bolsistas, condição na qual permaneciam por até 3 vezes mais tempo do que o previsto legalmente (Amarante, 1995).

Neste período não há homogeneidade nas reivindicações do movimento, haja vista que elas vão desde a reivindicação por melhores condições de trabalho e regularização da situação trabalhista até as críticas quanto ao caráter negativo do manicômio.

A segunda metade da década de oitenta no Brasil é marcada pelo início da trajetória da desinstitucionalização, ocorrendo vários eventos fundamentais para a concretização das propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Gostaríamos de apresentar os principais eventos/acontecimentos dessa trajetória, dos quais destacaremos mais adiante dois: a criação do Caps Luiz Cerqueira e a apresentação do Projeto de Lei (PL) n.º 3.657/89¹⁹⁵. Em relação à trajetória mencionada, Amarante registra que ela pode ser identificada por:

Uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivamente técnico-assistencial, 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 (1995, p.75-6).

Assim sendo, indicamos abaixo o que consideramos como principais momentos deste processo, a partir da trajetória da desinstitucionalização:

- VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986: Lança os princípios e diretrizes do que viria a ser o Sistema Único de Saúde e aponta para a necessidade de que as discussões fossem realizadas de forma mais específica, o que abre a possibilidade de realizar uma conferência de saúde mental.

- I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987: Tem como característica um tom militante, contudo não se conseguem elaborar propostas concretas. O

¹⁹⁵ Em virtude destes momentos já terem sido abordados com extrema relevância por outros autores (Amarante, 1995; Yasuí, 1999), aqui apenas o mencionamos com o intuito de dar ao leitor uma idéia mais linear de como foi se constituindo o processo de reforma no Brasil, e os principais marcos deste processo.

relatório final da conferência é caracteristicamente antimanicomial, onde a idéia de serviço substitutivo já está presente, embora o serviço substitutivo ainda não existisse¹⁹⁶. Aqui a política de saúde mental começa a se delinear, tendo em vista que o que existia de proposta até a realização desta conferência ficava no plano da intencionalidade.

- II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde mental, 1987: É neste evento que surge o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que já anuncia o desejo de extinção da instituição asilar.
- Manifesto de Bauru, 1987: Aponta para a necessidade de que o Movimento da Luta Antimanicomial seja independente do Estado. É neste congresso que surge o Movimento da Luta Antimanicomial¹⁹⁷.
- Criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira em São Paulo, 1987¹⁹⁸: Este serviço, além de um marco referencial, é considerado uma experiência exitosa no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira. Ele significou a concretização das propostas alternativas de assistência no campo da saúde mental.
- Criação do Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos, 1989: Resguardadas as diferenças entre ambos, ele assim como o Caps Luiz Cerqueira foi um marco no processo de reforma. Seu projeto teve como base fundamental a influência de autores como Franco Basaglia¹⁹⁹.

¹⁹⁶ Anotações da aula do Professor Sílvio Yasuí no curso de especialização em saúde mental, promovido pelo LAPS/ENSP/FIOCRUZ em 2005.

¹⁹⁷ Alguns autores (Amarante, 1995; Yasuí 1999) divergem sobre o que seria o marco inicial da Luta Antimanicomial, considerando que ela tem início no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde se tira uma data para comemorá-la (18 de Maio).

¹⁹⁸ É importante atentar para o fato de que a portaria que cria o serviço Caps, normatiza a sua existência e o seu financiamento é posterior à inauguração o Caps Luis Cerqueira. Neste íterim o Caps Luis Cerqueira chamava-se Unidade Básica de Saúde de Itapeva.

¹⁹⁹ Existem algumas diferenças importantes entre estas duas experiências. O projeto original do Caps Luiz Cerqueira, o definia como uma estrutura intermediária entre o manicômio e a comunidade. Já o

- Intervenção no Hospital Anchieta em Santos, 1989: O hospital é interditado em decorrência das condições humanas degradantes a que os pacientes estavam expostos. Ocorre a desmontagem do hospital, dando início à implantação de uma rede de assistência em saúde mental com base na atenção psicossocial.
- Aprovação do Projeto de Lei (PL) 3.657 do deputado Paulo Delgado, 1989: O texto do PL torna possível o debate público acerca não apenas da realidade na assistência psiquiátrica, mas da própria psiquiatria, da loucura e das instituições. Malgrado sua aprovação na Câmara, o PL não alcançou a mesma vitória no Senado.
- II Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992: Foi precedida de etapas municipais, estaduais e regionais e contou com a participação significativa de associações de usuários. Esta conferência não teve a marca do militantismo como a anterior, mas foi indubitavelmente mais propositiva do que aquela. No seu relatório final faz menção à cidadania dos usuários e à desinstitucionalização. É a primeira vez que este último termo aparece em um documento oficial²⁰⁰.
- Portaria 224 do Ministério da Saúde, 1992: Institui os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps) e dispõe sobre sua organização.
- III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001: Esta conferência tem desdobramentos quase imediatos. O primeiro diz respeito à publicação da

projeto do Naps, estava direcionado para a efetiva transformação da realidade da assistência à saúde mental, quando o definia como uma estrutura substitutiva ao manicômio, tendo como eixo fundamental a desconstrução deste último. Não obstante, as portarias ministeriais que instituíram e regulamentaram estes serviços dissolveram as suas diferenças originais, uma vez que tratam ambos projetos como sinônimos. Sobre essa discussão sugiro: Amarante, P.; Torre, E., 2001.

²⁰⁰ Anotações da aula do Professor Sílvia Yasuí no curso de especialização em saúde mental, promovido pelo LAPS/ENSP/FIOCRUZ em 2005.

portaria 336/02 pelo Ministério da Saúde. Ela atualiza a organização dos Caps, definindo três modalidades destes serviços de acordo com o tamanho e a complexidade da área populacional de abrangência. A proposta da atenção diária é destinada prioritariamente a sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes considerando a lógica territorial. O regime de tratamento divide-se em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo²⁰¹.

- Aprovação do Projeto de Lei n.º 10.216 do deputado Sebastião Rocha, um substitutivo ao PL do Dep. Paulo Delgado, 2001: Constitui-se em uma importante vitória, malgrado a flexibilidade quanto à reprodução do aparato manicomial, entre outras diferenças.

Se no Brasil, a reforma psiquiátrica começa seguindo os mesmos passos da italiana, nas últimas décadas ela toma um rumo distinto. Parece que aqui a construção de formas de lidar com a loucura como reconhecimento de um sofrimento que rompe com a associação entre aquela e as suas características psicopatológicas, prioriza a idéia de que existe uma clínica ampliada da reforma, pela qual a desinstitucionalização passa necessariamente.

Nos últimos anos, na última década principalmente, tornou-se hegemônica no campo a idéia de que há uma clínica da reforma. Perdeu vigor a idéia herdada da Psiquiatria Democrática Italiana, de quem o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu fortes influências, de que as práticas de cuidado, para romper com seu caráter segregador, tributário do modelo médico psiquiátrico, devessem abandonar o modelo clínico como referência. Os profissionais do campo da Reforma passaram a apostar na possibilidade de desenvolver uma clínica que não fosse reducionista, que não ocultasse os pressupostos éticos que a determinam e subordinam e que promovesse a integração e não a exclusão do paciente. Para isso, argumentavam, era preciso articular dois termos que estiveram isolados ao longo da história da psiquiatria – clínica e política (Leal, 1999, p. 126).

²⁰¹ As definições sobre o regime de tratamento constam no artigo 5º da portaria 336/02. O atendimento intensivo destina-se aqueles pacientes que necessitem de acompanhamento diário, em função de seu quadro clínico; o semi-intensivo destina-se aqueles usuários que não necessitam clinicamente estar diariamente no Caps, mas precisam de um acompanhamento freqüente. O não-intensivo é o atendimento em que de acordo com o quadro clínico, o paciente pode ter uma freqüência menor.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem assumido algumas especificidades que merecem destaque: dirigiu-se no caminho da ampliação da clínica e manteve a existência do hospital psiquiátrico como um lugar necessário no tratamento da loucura.

Em relação à manutenção da estrutura asilar Rotelli anuncia que “todas as estratégias que foram colocadas em pé em torno do hospital psiquiátrico [...] não produziram modificações no hospital psiquiátrico” (1994, p. 159).

Basaglia pontua que se a extinção do hospital psiquiátrico não interrompe automaticamente a origem do ciclo de psiquiatrização do sofrimento inerente à loucura, ela implica significativas alterações tanto nos aparatos médico-psiquiátricos quanto na cultura que ele engendra.

[...] Qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como ‘inferioridade’, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência (Basaglia, 2005, p. 247).

2.2.2.1. O Caps Luiz Cerqueira e a Lei Paulo Delgado: Marcos Relevantes do Processo de Reforma Psiquiátrica

A despeito de termos apresentado alguns dos principais momentos da reforma psiquiátrica no Brasil, existem ao menos dois sobre os quais gostaríamos de nos deter, quais sejam: a criação do Caps Luiz Cerqueira, em Santos e a Lei Paulo Delgado.

Essa opção se justifica por acreditarmos que estes são marcos fundamentais na reforma brasileira²⁰². O Caps Luiz Cerqueira foi o primeiro Caps a ser inaugurado no Brasil, na verdade neste momento os Caps ainda não existiam oficialmente. O fato da criação de um serviço atuando numa lógica assistencial distinta da então hegemônica

²⁰² A opção por considerar estes como dois marcos fundamentais da reforma foi do autor deste trabalho, tendo em vista que outros momentos poderiam ser escolhidos.

acaba por demonstrar, naquele momento, a viabilidade do projeto de transformação da assistência psiquiátrica.

No que tange ao Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado, sua importância está em dois aspectos: primeiro por publicizar o debate sobre as questões na área da assistência psiquiátrica, e segundo porque consideramos que é a partir da formulação deste projeto que a reforma vai sendo normatizada²⁰³.

2.2.2.1.1. O Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (Caps Itapeva)

“Abrir o manicômio não é apenas abrir as suas portas, mas ao abri-las, abrir as nossas cabeças para a realidade de vida dos pacientes”

Franco Basaglia

O primeiro serviço público de saúde mental com uma proposta de trabalho baseada no novo projeto para área é implantado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em 1987 em São Paulo.

É decisiva neste processo a indicação de lideranças oriundas do Movimento de Reforma Sanitária para Secretários de saúde de algumas cidades, como é o caso de Santos (Davi Capistrano Filho), Campinas (Gastão Wagner Campos) e São Paulo (Eduardo Jorge). Essas indicações acontecem a partir da eleição de candidatos do Partido dos Trabalhadores (PT) para prefeitos.

Mas antes de começar a repensar a organização da assistência em saúde mental, São Paulo não fugiu à regra do que havia se delineado para esta área desde fins do século XIX no Brasil. Desde então, a quase totalidade de verbas para a área

²⁰³ Mesmo com a não aprovação do projeto original, abre-se a possibilidade para que outras portarias possam surgir, normatizando as propostas de transformação na assistência. Até então a única legislação no campo jurídico existente era o Decreto n.º 24.559 de 1934, assinado por Getúlio Vargas.

psiquiátrica era destinada à rede hospitalocêntrica, tendo como expressão o histórico hospital Juqueri.

Entretanto, esse esforço de repensar e reorganizar a atenção em saúde mental tem início com a figura do Professor Luiz Cerqueira. Ao assumir, em 1973, a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de São Paulo ele tenta implantar uma nova assistência à saúde mental²⁰⁴. Na concretização dessa tarefa encontra muitas resistências, o que faz com que, entre outras coisas, permaneça pouco tempo à frente da Secretaria. O projeto iniciado por Luiz Cerqueira com o objetivo de dar início ao processo de transformação da assistência à saúde mental é interrompido, sendo retomado cerca de 10 anos depois.

Malgrado o Caps Luiz Cerqueira ser um marco dentro da proposta de transformação da assistência psiquiátrica, a cidade de São Paulo vinha desde o ano de 1982 com uma ampliação concreta da rede de assistência extra-hospitalar.

Em 1983 a Coordenadoria de Saúde Mental passa a priorizar o investimento na rede extra-hospitalar²⁰⁵. Segundo Yasuí (1989), os esforços concretos para a ampliação dessa rede vêm num crescente até o ano de 1986. Para este autor, o episódio mais importante desse período foi a alimentação da rede com novos profissionais de diferentes áreas²⁰⁶, em sua maioria recém-formados e ainda não tão contaminados com a lógica manicomial.

Em dado momento é organizado na assistência em saúde mental o Programa de Intensidade Máxima (PIM), dispositivo que tinha como objetivo proporcionar um fazer coletivo mais horizontalizado e próximo do usuário. Essa proximidade com a clientela seria intermediada pelo trabalho de uma equipe multiprofissional, que deveria buscar romper com a tradicional sobreposição de saberes profissionais, especialmente o

²⁰⁴ Luiz Cerqueira dá início a transformação do que se tinha como assistência na saúde mental de São Paulo. Cria um pronto-socorro para permanência de curta duração, proibindo internações no Juqueri, entre outras ações.

²⁰⁵ Houve ampliação de ambulatorios e centros de saúde, ambos contavam com equipes de saúde mental.

²⁰⁶ O que ocorreu através da realização de concurso público.

médico. O PIM contribui decisivamente para a implementação do Caps Luiz Cerqueira²⁰⁷.

Em 1986 ocorre um certo recuo na implementação das propostas que consubstanciavam a reforma psiquiátrica, sendo desativados alguns dos novos serviços que compunham a rede extra-hospitalar. Há a tentativa de desarticulação dos movimentos que vinham se esforçando para a superação da tradicional forma de conceber e tratar a loucura. Sobre isso Yasuí revela que:

Todas as experiências inovadoras nos hospitais asilos de São Paulo e do Rio de Janeiro sofreram ataques mais ou menos autoritários dependendo do burocrata de plantão. De tanques do exército à demissões e afastamentos, tentou-se “reimplantar a ordem”. A ordem da exclusão, da mediocridade, da falta de Ética (Yasuí, 1989, p. 51). Grifos do autor

Contraditoriamente é neste momento de relativo recuo da efetivação das propostas da reforma psiquiátrica que é inaugurado o Caps Luiz Cerqueira. Entretanto, esse projeto não surge por livre iniciativa do poder público estadual, mas a partir de uma mobilização específica diante da inadequação da rede de assistência para as pessoas em sofrimento psíquico. Para lá vão diversos profissionais comprometidos com a nova assistência e com a ruptura com a lógica de que tratar é internar (Yasuí, 1989). Estes profissionais abandonaram compulsoriamente os trabalhos que desenvolviam em suas instituições de origem, sendo alguns encaminhados para esse novo serviço, numa tentativa, a nosso ver, de desarticulação do movimento pela transformação da assistência psiquiátrica.

Não obstante as distintas dificuldades encontradas pela equipe nesse novo serviço, o trabalho realizado é reconhecidamente diferenciado. É um trabalho que destina o usuário como ator principal, como o centro das atenções, com o qual se consegue produzir uma prática verdadeiramente instituinte.

²⁰⁷ Para maiores informações sobre a implementação da rede de atenção em saúde mental em São Paulo sugiro ver Luzio, C.A. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Com a criação deste Caps buscou-se criar um *locus* intermediário entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório. A idéia era que o Caps funcionasse como uma passagem, para os usuários em sofrimento psíquico grave, do nível de assistência clinicamente intensivo (internação) para um nível ambulatorial. Os usuários deveriam ficar no Caps apenas o tempo suficiente para se estabilizarem clinicamente. Em suma, buscava-se:

Uma atividade clínica que rompa [rompesse] com o modelo centrado na concepção de doença como erro, distúrbio e cujo tratamento teria como objetivo a pura remissão de sintomas apresentados pelo doente, por intermédio de práticas morais, mecanicistas, homogeneizadoras e burocratizadas (Luzio, 2003, p. 84).

A criação deste serviço traduziu-se no estabelecimento de um espaço coletivo destinados às experiências de viver, à realização de trocas, à construção de sentidos e significados, à possibilidade concreta de se estar no mundo para além dos muros visíveis e invisíveis do manicômio.

Neste ínterim, outras ações começam a ser pensadas a partir da possibilidade de trabalho colocada pelo Caps. Este, por sua vez, se aproxima da Associação Franco Basaglia (AFB) com o intuito de estimular a autonomia dos usuários, entre outras coisas. Acerca da finalidade dessas ações, Luzio informa que se buscava:

[...] Incentivar a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizar a gestão extra-clínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual²⁰⁸, as possibilidades de trocas afetivas e materiais), enfim, fomentar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e efetivar a sua assistência (2003, p.86).

²⁰⁸ É, segundo Tykanori (1996) a capacidade dos sujeitos de interatuar socialmente, de estabelecer relações e vínculos autônomos na sociedade, o que para o autor somente é possível quando as mensagens emitidas pelo sujeito têm algum valor no campo social. Para maiores detalhes sobre a discussão, sugiro ver Tykanori, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. Reabilitação social no Brasil. São Paulo, ed. Hucitec, 1996.

Enfim, o trabalho em saúde mental que é implementado em São Paulo, cujo Caps Luiz Cerqueira é uma expressão fundamental, surge em consonância com as propostas mais amplas de transformação da assistência em saúde mental e com os princípios do SUS que viriam a se estabelecer concretamente mais tarde.

A exemplaridade desta experiência no processo de reforma psiquiátrica é inquestionável, porque consegue, entre outras coisas, mostrar na prática a viabilidade e eficácia de um outro fazer em saúde mental – não mais baseado na violência e no silenciamento. O êxito desta experiência serviu para retroalimentar o próprio movimento de reforma psiquiátrica, assim como o fôlego de seus atores, influenciando ainda a criação de outros serviços. Yasuí (1999) destaca ainda que o trabalho desenvolvido a partir desta experiência contempla os quatro campos fundamentais do processo de reforma psiquiátrica definidos por Amarante (1999) e destacados anteriormente por nós.

Amarante (2001) afirma que a experiência do Caps de Santos pode ser considerada uma referência para se pensar o atual contexto das questões no campo da saúde mental.

Ousamos afirmar que o Caps Luiz Cerqueira pode ser considerado o marco inaugural do novo paradigma de cuidado e atenção em saúde mental.

2.2.2.1.2. A lei Paulo Delgado: a Possibilidade de Traçar Novos Rumos

As primeiras legislações na área da psiquiatria datam do início do século XIX, tendo surgido inicialmente nos países industrializados. A partir de então se tenta mais contundentemente definir e classificar o louco e a loucura.

Os temas conjuntos da proteção do louco e da defesa da sociedade perante os excessos da loucura constituem, por toda a parte e desde os primórdios [...] os pólos sobre os quais se move o debate em psiquiatria e se orientam as opções

organizativas e legislativas. É justamente em torno desses temas que as primeiras legislações fixam o quadro dos princípios, definindo tanto os Cânones da chamada “periculosidade social” – equivalente à definição de doença – quanto as finalidades e os modos de seu tratamento. De um lado, portanto, os critérios de reconhecimento de tudo aquilo que, invalidado como improdutivo, representa um perigo para a convivência social; de outro, as normas que justificam as razões dessa definição de periculosidade e planificam os modos de tratamento dela, com seus corolários de separação e controle” (Basaglia, 1979, p.301-2).

No Brasil, seguindo os rumos de transformação iniciados na década de oitenta, no campo jurídico-político a apresentação do Projeto de Lei nº.3657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) é considerado um marco referencial. Até então a única legislação em vigor era de 1934, que permitia, entre outras coisas, a interdição automática do “doente mental”, após o período de 90 dias completos de internação. Mesmo não estando mais em vigor, parece que muitos de nossos juristas ainda partem da interpretação desta lei, associando indiscriminadamente a incapacidade para os atos da vida civil ao adoecimento psíquico.

Foi a partir deste PL que têm início às transformações no campo acima mencionado, já que sua apresentação e aprovação na Câmara abrem precedente e ao mesmo tempo estimulam a criação de outros projetos, resoluções, decretos e portarias com o mesmo objetivo e são implantados em vários estados.

Este PL abre a possibilidade de um debate público sobre a problemática da assistência à saúde mental, causando polêmica na mídia e o surgimento de algumas associações de familiares e usuários – algumas contra e outras a favor da reforma psiquiátrica (Amarante, 1995).

Conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, o PL do Deputado Paulo Delgado marca o início da revisão legislativa no campo da saúde mental.

O PL era composto por três artigos apenas, que, num conjunto punham fim à existência dos hospitais psiquiátricos em longo prazo e reorganizavam a assistência na área da saúde mental:

- Art.1º: proibia nacionalmente a construção de novos hospitais, assim como a contratação/financiamento de novos leitos pelo setor governamental;
- Art. 2º: previa o direcionamento de recursos para a criação de uma rede extra-hospitalar e a extinção dos leitos manicomiais;
- Art. 3º: preconizava a comunicação das internações compulsórias em até 24h ao Ministério Público, que deveria emitir um parecer acerca da legalidade da internação.

O referido PL, que institui uma norma no âmbito da política pública, a partir de uma diretriz técnica, definindo a prioridade para a destinação de recursos financeiros, é aprovado pela Câmara dos Deputados no final de 1990. Contudo, diante da sua radicalidade (para os setores conservadores – incluímos aqui os segmentos que se beneficiavam diretamente com a manutenção do circuito hospitalocêntrico) não consegue ser igualmente aprovado quando passa pela votação no Senado.

São necessários doze anos e a apresentação de um substitutivo para que a Lei da Reforma Psiquiátrica seja aprovada, o que não impede que neste íterim surjam portarias e decretos criando e regulamentando o funcionamento de serviços, entre outras coisas.

Em 2001, é aprovado um substitutivo ao PL 3.657/89, de autoria do Senador Sebastião Rocha, a Lei 10.216/01²⁰⁹. Inegavelmente muito mais tímido no que tange à proibição da expansão do manicômio, é fruto de um acordo ente o Movimento da Luta Antimanicomial e a Federação Brasileira de Hospitais, com devida intermediação do Ministério da Saúde (Tenório, 2001).

²⁰⁹ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

A Lei 10.216/01 estabelece uma certa humanização do tratamento, considerando as necessidades do usuário. Propaga que este tratamento não se dá mais exclusivamente na relação com a instituição responsável, possibilitando uma interface maior com a família, o trabalho, o lazer e sua inserção na comunidade. Contudo, ela não garante a extinção dos leitos manicomiais, ao contrário, reitera as indicações de internação - embora o faça sob a rubrica de que as internações somente serão indicadas quando os recursos extra-manicomiais não forem suficientes para determinado caso. Por fim, institui tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória²¹⁰.

No momento em que a referida lei afirma que as internações e altas devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual, insere no cenário da reforma psiquiátrica mais um importante ator – o MPE.

Mesmo com algumas limitações se comparada ao PL original, a Lei 10.216/01 deve ser considerada uma vitória do processo de reforma psiquiátrica pelos motivos já indicados.

Finalmente achamos relevante pontuar que, a despeito do avanço com a aprovação da Lei 10.216/01, a mesma não abarca uma gama de questões no âmbito legal. Ela contempla aspectos como a redemocratização dos serviços, a humanização do tratamento, ou seja, atinge questões situadas na esfera civil. Entretanto, a questão da responsabilidade criminal do sujeito louco não foi tocada. Ele continua sendo visto pela justiça como um não sujeito, ou no limite, alguém incapaz de responsabilizar-se diante do contrato social²¹¹.

Considerado inimputável o louco não é criminalmente culpado, conseqüentemente não vai a julgamento, mas é punido com a internação “perpétua” nos manicômios judiciários. “Um crime não é crime porque o sujeito que o cometeu não é sujeito para a norma legal” (Delgado, 1992, p, 81).

²¹⁰ Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; compulsória: aquela determinada pela justiça (art.6º, Lei 10.216/01)

²¹¹ Ainda hoje o termo incapacitado é utilizado para se referir ao louco no código civil, cuja revisão data do ano de 2002.

A despeito dos esforços, para além da norma (é preciso atingir a cultura), que vem sendo realizados para superar esta lógica e de alguns operadores do direito abertos ao diálogo, essa situação de aniquilamento da possibilidade de defesa/culpa do louco que comete um crime ainda é bastante comum e se constitui um dos desafios postos para a reforma psiquiátrica hoje, especialmente quando pensamos na cidadania do usuário.

A questão central não é que o louco responda criminalmente como um sujeito considerado “normal”, e não reconhecer a necessidade de em alguns momentos acionar um nível de proteção diferenciada para ele. Mas, sobretudo que haja a possibilidade de defesa desse sujeito, ou seja, que ele não seja automaticamente culpado pelo seu diagnóstico²¹².

Um caso clássico de um louco infrator permite vislumbrarmos com mais precisão a esta questão. Louis Althusser, filósofo ilustre, foi responsável pela morte da própria esposa. Tendo sido considerado incapaz de responder por este ato foi encaminhado ao tratamento obrigatório (internação psiquiátrica por tempo indeterminado). Sobre isso afirmou: “O destino da impronúncia é na verdade a pedra sepulcral do silêncio” (Althusser, 1992 apud Delgado, 1996, p. 5). Por suas palavras podemos inferir que o seu desejo era que lhe fosse dado a oportunidade de defesa, nesse caso via julgamento.

Por fim, a normatização pela lei representa apenas um passo a mais no caminho que a reforma psiquiátrica vem traçando.

Ao tratar das normas e das revisões legislativas em matéria de saúde mental, Basaglia afirma que a verdadeira contradição que temos que enfrentar não se situa na lei em si, mas nos processos sociais que encerra. Acerca disso, sinaliza:

A aplicação dessas normas será, portanto, tanto mais possível quanto mais se agregar a partir de baixo uma vontade de superar, desde a vertente da organização do Estado, carências e atrasos históricos (ausência de serviços, privatização da assistência sanitária, rigidez da classe médica, inércia dos políticos etc...), e, desde a vertente da população, a histórica ausência ou

²¹² Contraditoriamente isso é reconhecido como uma forma de proteção do louco.

distância em relação à gestão das instituições. Um conjunto de normas pode permitir isso, mas não pode, por definição, garanti-lo. Por tais razões, o problema continua aberto, no sentido de que essas normas abriram uma nova ordem de processos sociais (Basaglia, 1979, p. 323).

2.2.2.2. O Centro de Atenção Psicossocial – Caps

O processo de Reforma Psiquiátrica inaugura um novo paradigma de cuidados na saúde mental que é definido pela atenção psicossocial. Nesta perspectiva o cuidado está no centro desse novo paradigma, visto que a ruptura com o paradigma tradicional desloca o objeto da doença para o sujeito que sofre.

A noção de atenção psicossocial está inserida no campo da reforma psiquiátrica e diz respeito às experiências neste contexto, que dão conta de cuidar, acolher, produzir sentido, respeitar, escutar, de realizações que considerem a alteridade, de dar atenção ao Outro.

Ela não possui um fim definido ou um ponto de chegada e traduz-se numa prática de cuidado cotidiana a partir da oferta de todos os recursos disponíveis como possibilidade de tratamento.

Esta noção sustenta as ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que são orientadas pelo intuito de superação do modo tradicional de fazer em saúde mental (Costa-Rosa, 2003).

Ela supõe ainda o envolvimento de distintos profissionais para além dos que tradicionalmente atuavam na área psi (psiquiatra e psicólogo).

Silva (2004) entende ainda a atenção psicossocial como possível produtora de responsáveis pelo cuidado, o que contribui para o recrudescimento da autonomia dos sujeitos e constrói caminhos para a busca de uma cidadania possível para os mesmos.

Venancio, Leal e Delgado (1997) entendem a atenção psicossocial como um cuidado que não objetiva responder exclusivamente à psicopatologia e que pressupõe perceber o sujeito como ser integral, considerando duas dimensões: a psíquica e a social. Nesta perspectiva, o sintoma clínico é apenas uma das coisas que constitui esse sujeito, dentre muitas possíveis.

Utilizamos aqui o conceito de cuidado em consonância com o proposto por Boff:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (2000, p. 73).

Ainda sobre o sentido do cuidado, Nicácio alude que:

O cuidar de uma pessoa se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade e não a identificação do sintoma. Isto não quer dizer negar os sintomas, mas capacitar a instituição para, ao compreender e dialetizar essa expressão, ir ao encontro de uma história [...] (apud Alves, 2004, p. 227).

O contorno que a assistência à saúde mental vem assumindo nas últimas décadas faz tornar necessária a produção de olhares que consigam contemplar o cuidado do sujeito em sua 'existência-sofrimento', entendendo que este sujeito é possuidor de necessidades que atravessam diferentes campos. Logo, o cuidado, nesta perspectiva, deve estar em consonância com a idéia da integralidade²¹³. Nas palavras de Pinheiro, "cuidado: categoria polifônica da integralidade e de seus diferentes significados e sentidos" e ainda "cuidado: signo e potência da integralidade em saúde" (2004, p. 7). Neste sentido, percebemos que o cuidado não está no centro apenas do novo paradigma da saúde mental, mas também nas próprias propostas do que se quer para o campo da saúde de uma forma geral.

Esse novo paradigma de cuidado, centrado no modo psicossocial, necessita da criação de uma rede articulada de serviços, onde os Centros de Atenção Psicossociais²¹⁴ vão assumindo posição de centralidade.

Nas duas últimas décadas do século passado ocorreram diversas e importantes experiências no cenário nacional que transformaram o campo da saúde mental.

Na década de noventa presenciamos em âmbito nacional a criação, implementação e consolidação de serviços públicos em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica. São Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps),

²¹³ Dada a extensa discussão que se trava hoje sobre a integralidade, não seria prudente apresentar o conceito de forma simplória, sem problematizá-lo. Para tal sugiro ver Xavier, 2004.

²¹⁴ No que tange à origem do termo, Goldberg (1994) sinaliza que esse nome foi emprestado dos centros existentes na Nicarágua, onde trabalhos são realizados por uma equipe interdisciplinar.

Lares Abrigados, Hospitais-dias, dispositivos que passam a constituir a política pública de assistência à saúde mental.

Estes novos serviços de atenção diária foram regulamentados e implantados em nível nacional pela portaria 189²¹⁵, de 1991 e 224²¹⁶, de 1992.

Cerca de dez anos depois da publicação da portaria 224 é publicada a portaria 336/02 que confere uma certa homogeneidade às distintas experiências existentes, instituindo modalidades de Caps e classificando-os a partir da sua demanda – Caps I, Caps II, Caps III²¹⁷, Caps ad²¹⁸ e Capsi²¹⁹.

Os Caps são serviços territorializados em termos de adscrição de clientela. Para Santos, “o território é a base material sobre a qual a sociedade produz sua própria história” (2002, p.70). A principal característica do Caps é o seu caráter substitutivo de base territorial.

A implantação destes serviços ocorre com a reestruturação da assistência em saúde mental prevendo alternativas não-manicomiais ao tratamento de pacientes portadores de sofrimento psíquico.

A portaria Ministerial 224/91 definiu os Caps/Naps como unidades de saúde locais e regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (art. 57). Ao definir o Caps como uma instância intermediária, reitera a existência e a função do hospital como lugar de atendimento na rede de assistência. Essa é uma das contradições presentes no processo de reforma psiquiátrica, que da forma como tem sido conduzida no Brasil, distanciou-se em certa medida da experiência italiana, já que aqui o lugar do manicômio continua garantido, com indicações para a humanização do atendimento.

Os pressupostos que orientam a reforma psiquiátrica, em parte consubstanciada pela reestruturação/criação da assistência em saúde mental, conduzem a um

²¹⁵ Institui a diversificação de procedimentos das Tabelas SIH/SUS, definindo seu financiamento.

²¹⁶ Criou padrões considerados mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental.

²¹⁷ Fazemos menção a diferença entre as modalidades de caps no capítulo III.

²¹⁸ Centro de atenção psicossocial para usuários com algum transtorno em virtude do uso e abuso de álcool e drogas.

²¹⁹ O público alvo são crianças e adolescentes com transtornos psíquicos.

entendimento desses novos serviços não como estruturas de atenção e cuidados intermediárias ou complementares ao manicômio, mas efetivamente substitutas deste, operando a partir de um rompimento com toda a lógica que fundamenta a cultura manicomial.

A função precípua dos Caps que consta em texto legal (portaria n.º 336/GM – 19 de fev. de 2002) é que “deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (art. 1º, parágrafo 1º).

Os Caps são instituições pequenas na estrutura, mas com múltiplas formas de atendimento, que incluem visitas domiciliares, atendimento médico com fornecimento de medicação, psicoterapia, oficinas, acompanhamento terapêutico, atendimento à família, trabalho assistido, atividades de lazer. Não encontramos esse conjunto de modalidades de atendimento nem nos grandes hospitais públicos, nos quais o que geralmente há é uma multiplicidade de setores com dificuldades de comunicação entre si. Não temos internação, que é justamente o que se pretende evitar, mas quando essa se faz necessária não nos furtamos a intermediá-la, e procuramos sempre que possível, continuar o acompanhamento do paciente compartilhando a assistência com os profissionais do hospital em que ele está [...] os Caps estão estruturados de forma a ter uma grande maleabilidade, podendo lidar virtualmente com qualquer situação na assistência àqueles que, em outros tempos, estariam condenados a passar seus dias entre as paredes de um hospital psiquiátrico (Carvalho apud Tenório, 2001, p. 123).

Os Caps ocupam hoje um lugar estratégico de organizadores na rede de assistência à saúde mental, apesar de não corresponderem ao que propunha originalmente a reforma psiquiátrica. Eles guardam em si a idéia de dispositivo conceitual, lugar a partir do qual acreditamos ser possível transcender não somente as práticas dos asilos, mas que também seja capaz de contribuir no processo de construção de um outro lugar social para a loucura.

Algumas questões estão colocadas atualmente como problemáticas no interior da reforma psiquiátrica, umas como desafios (como é a questão da cidadania), outras como impasses. Muitas destas questões poderiam ser abordadas, entretanto mencionaremos duas.

A primeira se refere ao desafio colocado aos profissionais de saúde mental diante da possibilidade bem concreta de produção de uma nova cronicidade nos serviços de atenção psicossocial. A ruptura com a estrutura fechada do manicômio e a reorganização do foco da assistência para o tratar na comunidade não garantem por si só que os usuários não iniciem um novo ciclo de institucionalização nos serviços territoriais.

Evitar esta institucionalização humanizada é uma tarefa em certa medida complexa, especialmente se consideramos as atuais condições de trabalho a que as equipes estão expostas. A isto se soma a quase falência da rede de saúde em absorver as demandas existentes e a situação de quase superlotação dos Caps.

Um dos caminhos é as equipes estarem atentas tanto no momento de estabelecer o projeto terapêutico do usuário quanto na necessidade de sua revisão (o que depende de uma série de fatores e o menos importante deles é o tempo, dada a singularidade do sujeito), vislumbrando sempre que possível a inserção deste usuário na comunidade. Ele deve estar o mais fora do Caps quanto for possível.

Pitta (1994) sugere que uma percepção do Caps como uma estrutura de passagem, ou seja, um dispositivo de caráter não permanente, pode contribuir para evitar a institucionalização dos sujeitos. Por um lado porque se tende a não reproduzir a relação de dependência que estes sujeitos apresentavam com o manicômio, por outro, porque a reinserção dos sujeitos nas relações para além do serviço de tratamento se torna uma realidade mais concreta, na medida em que o *lócus* destinado ao tratar é considerado transitório.

O grande risco na atualidade é que a reforma psiquiátrica se restrinja à criação de serviços de base territorial, como os Caps. Do ponto de vista teórico sabemos que o objetivo mais suntuoso da reforma é a transformação do lugar do louco no tecido social. Entretanto, na prática, o quanto este objetivo está sendo perseguido? O que o Caps tem trazido de novo que não seja apenas uma outra forma de tratar a doença? Ele tem se colocado como um agente possível de transformação da imagem da loucura?

Reduzir ou ampliar a clínica²²⁰? Como as ações desenvolvidas pelo Caps estão contribuindo na reflexão coletiva sobre a cidadania do louco?

São muitas as indagações que ainda carecem de reflexão e amadurecimento acerca dos rumos da reforma. Nos propomos a ensaiar algumas respostas no capítulo quarto, a partir da experiência de campo. Entretanto, outras questões explicitadas escapam aos limites deste trabalho, as quais deixaremos para reflexão posterior, nossa e do leitor.

²²⁰ Para alguns autores (Leal, 1994; Bezerra Jr., 1996), a reforma psiquiátrica não pode se furtar de enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura. Outros (Lancetti, 1990; Amarante, op. cit.), consideram que uma prática efetivamente transformadora junto aos loucos deve visar justamente à superação do paradigma da clínica. A idéia é de que ao operar com a idéia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe e reafirma necessariamente ao louco um lugar de negatividade.

3 A TRAMA DO MÉTODO: CIDADANIA A DIMENSÃO DA ANÁLISE

“Eu sou dado ao maravilhoso, ao fantástico, ao hipersensível; nunca, por mais que quisesse, pude ter uma concepção mecânica, rígida do Universo e de nós mesmos. No último, no fim do homem e do mundo, há o mistério e eu creio nele. Todas as prosápias sabichonas, todas as sentenças formais dos materialistas, e mesmo dos que não são, sobre as certezas da ciência, me fazem sorrir e, creio que este meu sorriso não é falso, nem precipitado, ele me vem de longas meditações e de alanceantes dúvidas”.

Lima Barreto

Este capítulo se divide em duas partes. A primeira pretende apresentar a discussão teórica de cidadania e do que consideramos, assim como outros autores (Bezerra Jr, 1994), o caráter inovador da reforma psiquiátrica brasileira: a reivindicação da cidadania do louco.

Na segunda parte, chamada de material e método, apresentamos a metodologia utilizada nesta pesquisa, bem como a instituição onde a mesma realizou-se.

3.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUESTÃO DA CIDADANIA

*“A igualdade requerida na esfera pública
é politicamente construída,
já que na natureza humana o que
encontramos é a diferença”.*

Hannah Arendt

Nosso objeto de estudo aponta para a necessidade de resgatar algumas considerações importantes acerca do conceito de cidadania.

Não é nossa intenção reconstruir aqui o caminho percorrido pela cidadania desde de sua origem. Pontuaremos o que para nós são os aspectos relevantes na sua trajetória.

Esta necessidade se coloca porque tomamos a reivindicação da cidadania do louco como uma questão, dentro do processo de reforma psiquiátrica, sobre a qual gostaríamos de nos deter com mais vagar e porque ela constitui uma dimensão importante deste trabalho. Ao longo deste estudo vimos sinalizando para a exclusão social do louco perpetrada pela psiquiatria e pelo manicômio, e para a sua condição de não cidadão ou de cidadão tutelado.

[...] deslizamos de maneira decisiva do debate técnico e político sobre as distorções, os abusos e violência presentes na assistência psiquiátrica brasileira, para nos indagarmos sobre um problema mais fundamental, pois perpassa como uma invariante o universo caótico dos cuidados: a condição de cidadania dos doentes mentais (Birman,1992, p. 71-72).

A psiquiatria surge para dar uma resposta ao problema social da loucura, via isolamento, nos primórdios da modernidade, momento em que a racionalidade se constitui como a via reconhecida de produção de qualquer conhecimento e a partir do qual a cidadania vai assumindo um estatuto de normalidade.

Acerca da cientificidade da psiquiatria, Castel (1978, p. 179) afirma que esta não incitou mudanças na organização do saber da medicina, mas deixou sua marca a partir de “práticas que dizem mais respeito às técnicas disciplinares do que às operações de exploração clínica da medicina moderna”.

Significativos avanços foram sendo proporcionados aos seres humanos em suas condições de existência através do processo de construção da cidadania e seus desdobramentos.

Não obstante, essa afirmação não pode ser indiscriminada, tendo em vista que alguns segmentos não conseguiram se beneficiar dessa condição, ou o fazem de forma marginal.

Mesmo com a ampliação e universalização do conceito em questão, tais segmentos ainda encontram dificuldades para ter reconhecido a sua cidadania e se reconhecerem como cidadãos. É este o caso, por exemplo, dos negros, das mulheres e dos loucos, entre outros. Isto ocorre, em momentos e níveis diferentes para cada segmento, em virtude da particularidade histórica dos mesmos.

Não sendo o conceito cidadania fruto da modernidade, entendemos que sua análise deva considerar, sobretudo, as suas referências histórico-conceituais.

A noção de cidadania não nasceu no mundo moderno, embora tivesse encontrado nele a sua máxima expressão, tanto teórica quanto prática. Na verdade, as primeiras teorias sobre a cidadania, sobre o que significa ser cidadão, surgiram na Grécia Clássica, nos séculos V-VI A.C., correspondendo ao fato de que os gregos conheceram na prática as primeiras formas de democracia, nas quais um número relativamente amplo de pessoas interferia ativamente na esfera pública, contribuindo para a formação do governo (Coutinho, 2000, p. 51).

Como vimos, a problemática da cidadania remonta à época clássica. Na Grécia Antiga, um elemento central para a cidadania era o sentido de pertencimento, haja vista que era cidadão aquele que pertencia à comunidade da cidade-estado.

Pertencer à comunidade da cidade-estado não era, portanto, algo de pouca monta, mas um privilégio guardado com zelo, cuidadosamente vigiado por meio de registros escritos conferidos com rigor. Como já ressaltava o filósofo

grego Aristóteles, fora da cidade-estado não havia indivíduos plenos, livres, com direitos e garantias sobre sua pessoa e seus bens (Guarinello, 2003, p. 35).

A cidadania na concepção ateniense subsumia o homem ao destino da *polis*. Para tanto, ele deveria participar dos assuntos da sua comunidade, e isso caracterizava, de certa forma, sua virtude cívica.

É preciso ressaltar que neste momento não existia um estatuto de igualdade entre os sujeitos e tampouco a noção de princípio universal. A cidadania era limitada aos que participavam da esfera pública, o que não era extensivo a todos conforme sua vontade, ao contrário, estavam entre os que tinham lugar na esfera pública e eram considerados cidadãos majoritariamente os homens de posses.

Arendt (1987) alude que na Grécia existia o reino da casa e da *polis*. O primeiro era destinado ao cuidado para garantir a própria sobrevivência proporcionando as condições necessárias para que a liberdade pudesse ser exercitada, por quem de direito, no âmbito da *polis*.

Em Roma a noção de cidadania não é incorporada a partir da relação com a pequena comunidade, haja vista a sua grande extensão territorial naquela época. Após a revisão da sua própria constituição²⁶⁴, duas ‘classes’ passam a formar a sociedade romana: a *populus* e a *plebe*.

Na era moderna a condição de habitante de uma comunidade não se constitui em elemento suficiente por si só no que tange ao estatuto de cidadania. Seu significado moderno se baseia no pressuposto de igualdade entre os sujeitos.

E é neste momento, na chamada “era das luzes”, que a cidadania pelo reconhecimento de novos direitos supera as antigas classificações (nobres, plebeus, livres e escravos), dividindo os sujeitos em dois segmentos: cidadãos e não cidadãos.

As Revoluções Inglesa (1640), Americana (1776) e Francesa (1789) contribuíram decisivamente para o desenvolvimento da cidadania moderna, cuja base está nos princípios liberais burgueses.

Não obstante a relevância dessas revoluções para pensarmos no desenvolvimento da cidadania, é a Francesa que deixa marcas históricas que impactam

²⁶⁴ À idéia de cidadania é incorporado um novo sentido a partir do aumento da sua extensão.

positivamente as lutas revolucionárias, por conta das idéias trazem naquele momento. Eram as idéias de Liberdade, Igualdade e Fraternidade. Quanto a isso, Hobsbawm informa:

A revolução Francesa pode não ter sido um fenômeno isolado, mas foi muito mais fundamental que os outros fenômenos contemporâneos e suas conseqüências foram, portanto, mais profundas. Em primeiro lugar, ela se deu no mais populoso e poderoso Estado da Europa (não considerando a Rússia) [...] em segundo lugar, ela foi, diferentemente de todas as revoluções que a precederam e a seguiram, uma revolução *social* de massa, e incomensuravelmente mais radical do que qualquer levante comparável [...] em terceiro lugar, entre todas as revoluções contemporâneas, a revolução francesa foi a única ecumênica. Seus exércitos partiram para revolucionar o mundo; suas idéias de fato o revolucionaram. A revolução americana foi um acontecimento crucial na história americana, mas (exceto nos países diretamente envolvidos nela ou por ela) deixou poucos traços relevantes em outras partes. A revolução francesa é um marco em todos os países (2003, p. 84-85).

Este mesmo autor sinaliza que embora sem líderes nos moldes das revoluções posteriores, existia um certo consenso de idéias, baseadas no liberalismo clássico, de um grupo que exerceu forte influência no movimento revolucionário: a burguesia (Hobsbawm, 2003, p. 90).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 é um documento onde se não expressas, estas idéias estão ao menos delineadas. Inspirada no “Contrato Social” de Rousseau, Hobsbawm alude que ela não chega a se colocar a favor de uma ordem social democrática e igualitária. “Os homens nascem e vivem livres e iguais perante as leis’, dizia seu primeiro artigo; mas ela também prevê a existência de distinções sociais, ainda que ‘somente no terreno da utilidade comum” (2003, p.91).

Entretanto, se os ideais como Igualdade, Liberdade e Fraternidade não eram, naquele momento, extensivos aos negros e às mulheres, por exemplo, eram menos ainda aos loucos.

Nesse momento de ampliação do escopo da noção de cidadania, e conseqüentemente da sua extensão, a loucura inicia a sua trajetória de enclausuramento numa instituição destinada a recuperar parte da razão perdida, a partir das práticas entendidas como terapêuticas. Este enclausuramento era justificado

como necessário para restituir a razão do sujeito permitindo-o reintegrar-se ao espaço da *polis* com o mesmo estatuto de cidadania que os demais, baseado na racionalidade.

No século XVIII ocorre, é verdade, o movimento da coletividade que veio assumir proporções fantásticas com a Revolução Francesa. E há o renascimento de uma filosofia política que é ambígua: de um lado, como se sabe, ela é profundamente crítica e libertadora. Mas ao mesmo tempo ela permanece, no seu todo, sob a influência de uma metafísica racionalista, no que concerne tanto as suas teses sobre o que é quanto ao fundamento da norma do que deve ser. Ela postula, geralmente, um “indivíduo substancial”, com determinações rigidamente fixadas a partir de quem ela pretende derivar o social; e ela invoca uma razão, a Razão (pouco importa se ela lhe dá, às vezes, o nome de natureza ou Deus) como fundamento último, e extra-social, da lei social (Castoriadis, 1987, p. 260).

Como informamos no capítulo primeiro deste trabalho, a psiquiatria nasce como produto das reformas francesas e a doença mental, assim como a cidadania, como fruto do projeto iluminista. Uma das três maiores autoridades da revolução, Couthon, teria visitado pessoalmente o hospital geral de Bicêtre, do qual Pinel era responsável, e dito ao próprio após ter contato com os loucos: “Ah, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais?... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”. Tendo Pinel respondido: “Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade²⁶⁵, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes” (Foucault, 1972). Destarte, a psiquiatria se funda neste paradoxo entre a doença mental (incapacidade) *versus* cidadania (igualdade, autonomia).

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 plena. Estamos, portanto confrontados com um paradoxo estrutural que se inscreve na constituição histórica da figura da enfermidade mental (Birman, 1992, p. 73).

3.1.1. A Cidadania no Brasil: Principais Aspectos

²⁶⁵ Não se trata da liberdade de ir e vir, conferida aos cidadãos “normais”, mas a liberdade de estar fora de uma cela ou preso por uma corrente.

Do ponto de vista jurídico, a cidadania é uma prerrogativa de participação na vida do Estado. É um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, como aponta o art. 1º, II da Constituição Federal de 1988.

Na Constituição do Império em seu art. 90, havia a citação “cidadão ativo” justamente para diferenciar este do indivíduo comum. Na verdade esta diferenciação referia-se ao que atualmente se denomina como cidadão e nacional. Hoje, não mais se confunde cidadania e nacionalidade, embora a cidadania tenha como pré-requisito fundamental a nacionalidade. Só o nacional, nascido no território ou reconhecido como tal, pode ser cidadão (Silva, 2003).

Infelizmente, identificamos a existência histórica de uma grande distância entre a noção de cidadania e seu exercício e/ou concretização na realidade brasileira.

Para Fleury (1994) a construção da cidadania é conseqüência das relações de poder, compondo ao mesmo tempo parte do processo de constituição e consolidação da hierarquia de poder na sociedade.

No caso brasileiro, essas relações de poder às quais a autora faz referência sempre foram caracterizadas por uma certa desigualdade expressa na ausência da esfera popular organizada institucionalmente em relação aos seus direitos.

O processo brasileiro de reestruturação da acumulação capitalista pode ser considerado um marco fundamental tanto para as conquistas quanto para a expansão dos direitos sociais e políticos da classe trabalhadora.

A questão da luta pela cidadania no Brasil é mais visceral a partir da década de 30 do século XX, no Estado autoritário de Vargas. A expansão dos direitos sociais ocorre num movimento de antecipação de demandas da classe trabalhadora que já vinham sendo expostas nos anos que antecedem a ditadura Vargas.

Com vistas à sua legitimação e na tentativa de minimizar os conflitos sociais que se expressavam, o Estado autoritário do período compreendido entre 1930 e 1945, consagrou os direitos sociais à classe trabalhadora. Entretanto, a expansão desses direitos funcionou de certa forma como um contraponto à suspensão dos direitos civis e políticos.

Para Santos (1979) o Estado brasileiro é caracterizado por um modelo de cidadania onde os direitos sociais estão condicionados à inclusão ou não dos sujeitos no mercado de trabalho, articulados a um sistema de estratificação ocupacional. A carteira de trabalho, criada em 1932 representa, desta forma, a certidão de nascimento cívico dos sujeitos, haja vista que o que passa a determinar e regular a condição de cidadania é o critério de ocupação laboral. Este processo caracteriza o que o autor chama de cidadania regulada. Em relação à isto, Fleury alude que:

Nuestra versión del Keynesianismo europeo, también fomentó el desarrollo de un sistema de protección social con características peculiares, caracterizado por la implantación de un régimen de ciudadanía regulada por el Estado, a partir de la inserción del trabajador en el mercado formal de trabajo y de ciudadanía inversa, representada por las acciones asistenciales que se destinaron a aquellos excluidos por el mercado y por el padrón corporativo de institucionalización de las políticas sociales (Fleury, 2005, p. 1).

Na década de 80, o debate central na agenda sobre a democracia passa a ser a dívida do Estado para com diversos segmentos da sociedade. Neste sentido, os movimentos sociais associam as reivindicações sociais, como direito à saúde, por exemplo, à questão mais ampla da democrática.

No campo da saúde mental, a reivindicação da cidadania do louco surge entre nós na década de 80 com base neste mote, de que o Estado teria uma dívida com os “doentes mentais”, justificada pela sua exclusão do tecido social e conseqüente ruptura dos liames sociais (Birman, 1992).

Paulatinamente a questão da cidadania do louco, “fundada nos pressupostos teóricos da psiquiatria democrática e do discurso de Basaglia” (Birman, 1992, p. 72), vai se justificando a partir de outros argumentos. Entendeu-se que já não bastava apenas um resgate político da condição cidadã do louco, porque não se tratava de tornar o louco um cidadão nos moldes do que comporta a cidadania na sua acepção clássica, ou seja, no caso da loucura, a questão não dizia respeito a engendrar e reconhecer o louco como “cidadão ideal”.

A questão da cidadania do louco tem sido (re)construída no cotidiano e diz respeito especificamente à incorporação e reconhecimento das demandas singulares deste segmento.

De uma forma geral, para podermos pensar a cidadania no Brasil é imperioso compreendê-la como criação social histórica, que adquire um sentido específico nesta sociedade. É preciso compreender como se conforma aqui a lógica das relações sociais para que possamos, então, definir que cidadania estamos reivindicando.

Neste sentido, Ferreira situa a problemática na compreensão da organização dos grupos sociais, considerando as formas pessoalizadas de resolver os problemas.

A dificuldade de nossa democracia representativa procede exatamente das maneiras pessoalizadas de resolver nossas questões. É complicada a lógica das relações sociais brasileiras...O fator, o jeitinho, o agrado fazem parte da nossa cultura de malandragem, estão presentes desde o âmbito dos familiares ao mais alto escalão. Será que eles não nos falam também da nossa reciprocidade, da nossa lealdade àqueles que nos ajudam nos momentos difíceis? O nosso povo é macunaímico, não no sentido do “herói sem caráter”, mas como aquele que possui uma multiplicidade de caracteres (...) Isto é tão forte em nossa cultura que é difícil pensá-la de forma diferente. Será que é melhor para todos conviver com uma sociedade na qual as relações são efetivamente racionais? Não sei dizer, mas duvido. Nossa cidadania precisa contar com esta característica, com a falta da ortodoxia do povo, da sua maleabilidade, sua visão malemolente do mundo. Não se trata de perversão apenas porque não corresponde à lógica de acumulação do capitalismo moderno. Ao contrário pode vir a ser o elemento fundamental nos nossos rearranjos de nossa sociedade, e não podemos supor que seja para a pior. Nosso maior problema é saber como se organizam nossos grupos sociais contando com todas estas situações. Como se estabelecem suas relações. Isso parece ser uma questão fundamental para que se possa definir a cidadania que queremos (Ferreira, 1993, p. 218).

3.1.2. O Debate sobre a Fase “Moderna” da Cidadania: as Inovações desse Conceito

Não há dúvidas de que a concepção mais influente elaborada sobre o conceito de cidadania foi a de T.H.Marshall em fins da década de 40 do século XX.

Em sua conhecida obra *Citizenship and Social Class*, ele analisa a relação entre o desenvolvimento da cidadania e dos sistemas de classes, apresentando uma nova formulação teórica sobre a temática da cidadania.

Superando a concepção de que a condição de membro de uma comunidade é uma questão eminentemente política, ele identifica outras dimensões ou elementos distintos: os direitos civis, políticos e sociais, que grosso modo podem assim ser definidos:

- 1- Elemento civil: direitos indispensáveis à liberdade individual, à propriedade e à igualdade perante a lei.
- 2- Elemento político: direito de participar no exercício do poder político, através da possibilidade de eleger e/ou ser eleito;
- 3- Elemento social: direito à um bem-estar mínimo que permita condições de vida condizente com o padrão social prevalente.

Para Marshall a cidadania é um *status* cingido à condição de pleno membro de uma comunidade. Nas palavras do autor:

A cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual a aspiração pode ser dirigida (1967, p. 76).

A temática da cidadania, especialmente os debates sobre seus sentidos conceituais, nunca ocuparam tanto o cenário acadêmico quanto na atualidade. Registra-se o recrudescimento do debate em torno dessa questão a partir do último quartel do século XX.

As críticas a concepção marshalliana já são bastante conhecidas e não cabe retomá-las em sua integralidade, tampouco avaliar a sua pertinência²⁶⁶. Entretanto, parece-nos que a tendência atual no que tange a possíveis avanços no conceito de cidadania é a reivindicação do reconhecimento da diferença.

Esta é sem dúvida uma questão tanto atual quanto polêmica e nossa intenção é trazê-la para o debate.

A cidadania é necessariamente uma relação entre Estado e os membros da comunidade. O pressuposto de igualdade expresso na concepção moderna é uma das coisas que torna possível a construção do Estado-nação. Nesse Estado:

²⁶⁶ Uma delas refere-se à impossibilidade de generalização de um modo específico do desenvolvimento da cidadania, quando analisamos outras formações sociais distintas da experiência inglesa.

O *status* não foi eliminado do sistema social. O *status* diferencial, associado com classe, função e família, foi substituído pelo *status* uniforme da cidadania que ofereceu o fundamento da igualdade sobre a qual a estrutura da desigualdade foi edificada (Marshall, 1967, p. 79-80). Grifos do autor.

Fleury (2005), citando Marshall, aponta para a contradição do desenvolvimento do conceito de cidadania, edificado sobre a perspectiva da igualdade, num sistema como o capitalista, cujas bases estão necessariamente nas diferenças com relação à propriedade e aos meios de produção.

Nesse mesmo artigo a autora afirma, a despeito do debate sobre o tema da igualdade *versus* diferença, que a cidadania como um sistema classificatório envolve necessariamente um princípio de inclusão que define, quase que automaticamente, os critérios de exclusão, sendo a autonomia um desses princípios de inclusão/exclusão. “Así, la autonomía fue la condición de definición de la ciudadanía que permitió que todos aquellos que fueran considerados tutelados o protegidos estuvieran excluidos de este status” (Fleury, 2005, p.8).

Ora, o louco não era/é considerado sujeito autônomo com capacidades para gerenciar a sua própria vida e tomar decisões, ainda que as mais simples. Constitui-se em segmento equiparado aos juridicamente ausentes²⁶⁷, onde o curador é em muitos casos o próprio Estado. Assegura-se assim historicamente, como já anteriormente mencionado, uma proteção especial para o louco (e outros segmentos) configurando uma condição de cidadania também especial, com base na tutela. Logo, um dos desafios cingidos ao da construção da cidadania do louco é a revitalização progressiva das suas capacidades autônomas, tendo em vista que “la actualización de la teoría de la ciudadanía nos remite a pensar la autonomía y la dependência como intrínsecas a la condición de la ciudadanía” (Fleury, 2005, p.8).

Parece consensual no campo da saúde mental a afirmação de que a reivindicação da cidadania é um componente diferencial e complexo da reforma psiquiátrica (Delgado, 1992, Leal, 1994, Tenório, 2001). Entretanto, acreditamos ser fundamental que este reclame não se restrinja a uma cidadania “passiva ou privada” (Kymlicka e Norman, 1996), que enfatiza somente os direitos passivos e a existência de obrigação de participação na vida política. Esses autores afirmam que essa concepção precisa ser complementada com o exercício ativo das

²⁶⁷ Pessoas que não podem ser declaradas como mortas, como casos de desaparecimentos ou mortes presumidas. O prazo estipulado pela legislação brasileira neste caso é de dez anos. Neste interregno é do Estado o papel de protegê-lo e substituí-lo.

responsabilidades e virtudes cidadãs: auto-suficiência econômica, participação política e inclusão da civilidade (Idem, Ibidem, 1996).

Young (1990) sinaliza que o ideal de cidadania universal reitera a idéia de que todos são iguais, e é justamente a concepção das virtudes da cidadania como expressão da universalidade humana que opera a exclusão dos segmentos que não se adaptam ao ponto de vista geral.

Para esta autora a solução, em parte, estaria em proporcionar meios institucionalizados para o devido reconhecimento e representação explícita dos grupos em desigualdade. Contudo, para que isto não seja percebido como uma panacéia para situações indiscriminadas, é necessário definir o que é um grupo e em que momento ele está oprimido ou em situação desigual.

Em primeiro lugar, a identidade do grupo deve ser concebida numa perspectiva relacional, considerando que os processos sociais geram grupos mediante o estabelecimento de diferenciações relacionais, entre outras (Young, 1990)

No momento em que o grupo vivencia uma ou mais das situações descritas abaixo, a autora sugere considera-lo como em condição de desigualdade (Young, 1990):

- 1- Exploração (benefícios do trabalho que vão para outra pessoa);
- 2- Marginalização (estão excluídos da participação das principais atividades sociais, o que em nossa sociedade significa, sobretudo, um lugar de trabalho);
- 3- Falta de poder;
- 4- Imperialismo cultural (é um grupo estereotipado e sua experiência e situação resulta ou reflete invisível no conjunto da sociedade, porque eles têm pouca oportunidade e pouca audiência para expressar sua experiência e perspectiva sobre os sucessos sociais);
- 5- Os membros do grupo sofrem algum tipo de violência.

Considerando o itinerário da loucura já delineado no capítulo primeiro deste trabalho, identificamos que este grupo vivenciou e/ou vivencia, de uma forma mais ou menos intensa e clara, todas as situações que Young enumera, o que sugere que a noção de cidadania diferenciada é perfeitamente cabível tanto para a análise, quanto para a construção da cidadania do louco, não como uma forma a mais para diferencia-lo dos outros sujeitos, mas para que ele possa alcançar esse patamar mínimo de igualdade que define os cidadãos na teoria tradicional.

Em relação ao primeiro item que se refere a *exploração* (especialmente do produto do trabalho), muitos são os casos de pessoas internadas nos hospitais que são usadas para realização de alguma tarefa, recebendo em troca algum bem de pouca valia (um cigarro, por exemplo). Entretanto, esta paga não acontece sempre, já que no manicômio o *poder* (item terceiro) está totalmente concentrado nas mãos da equipe de profissionais.

No que tange às demais situações sinalizadas pela autora, acreditamos que pela sua obviedade em relação ao segmento da loucura não se faça necessário recorrermos aos exemplos.

Sobre o debate em torno da cidadania, seu pressuposto de igualdade e a questão da diferença²⁶⁸ não há consenso, nem na esfera da academia e nem no senso comum, se é que podemos fazer essa separação.

Os argumentos contra a política da diferença dão conta de afirmar que já existe uma igualdade formal entre os sujeitos e que, ao menos em termos legais, todos possuem os mesmos direitos. E se ainda assim existe alguma diferença entre eles, é porque certamente uns são mais capazes e competentes que outros. Nessa perspectiva, estar no mesmo patamar de cidadão dependeria basicamente do tempo e da vontade individual (Young, 1990).

Outra justificativa contra a incorporação das demandas dos grupos desfavorecidos argumenta que, se prestarmos atenção às necessidades de segmentos específicos, o princípio da universalidade como um critério que orienta e determina as condutas comuns estaria comprometido (Young, 1990).

Problematizando a discussão em voga, Lavallo (2003, p. 8) considera que quando esses interesses de grupos específicos são projetados na arena política podem gerar efeitos desestabilizadores porque “colocam em xeque...duas ordens de pressupostos funcionais e simbólicos da concepção tradicional de cidadania: a legitimidade da produção de direitos e o princípio de universalidade como critério normativo”.

No entanto, mais a frente o próprio autor reconhece não se tratar necessariamente de uma relação de oposição entre os ideais de igualdade e diferença, já que “não há mais imperativos de supressão da diferença como condição de estabilização do próprio Estado; antes é a plena consolidação do Estado que parece ter aberto as portas para renegociar em novos termos a questão da diferença” (p.15).

Para Kymlicka e Norman (1997), os direitos especiais de representação assim como os direitos multiculturais são reivindicações de inclusão, portanto não trazem riscos para a coesão social.

3.1.3. Afinal, que Cidadão é o Louco?

Recorreremos para este debate à discussão travada por Delgado (1992), que nos auxiliará com a propriedade devida.

²⁶⁸ Para aprofundar a discussão sobre discriminação positiva sugiro ver Silvério, V. *Multiculturalismo e o reconhecimento: mito e metáfora*. Revista USP, n.42, p. 44-55. Agosto de 1999.

Este autor alude que um caminho possível para tentarmos responder a esta questão é localizá-la frente ao Direito e às instituições judiciárias, *locus* onde apesar dos avanços, o que ainda perdura é a norma da tutela.

Recorrendo a várias situações, Delgado (1992) nos apresenta um pouco do percurso que é trilhado pela loucura no âmbito judiciário, lugar em que o louco ainda é considerado incapacitado para responsabilizar-se sobre seus bens e seus atos, ou seja, para gerenciar a sua vida.

Este é um recorte importante na discussão que vimos travando, tendo em vista que a cidadania é, entre outras coisas, uma relação entre os homens e o Estado e para a dimensão jurídica deste Estado, o louco não é considerado um cidadão igual aos demais, tanto que este Estado precisa, por vezes, protegê-lo e a seus bens mediante o instrumento legal da curatela.

Legalmente, o sujeito nasce incapaz para a vida civil. Mas essa incapacidade cessa, entre outras coisas, ao completar dezoito anos de idade²⁶⁹. Não é o caso do louco²⁷⁰, que juridicamente é considerado relativamente ou absolutamente incapaz. A interdição do sujeito é o instrumento legal através do qual as pessoas podem ter seu *status* de capacidade diminuída. A interdição é o ato judicial que declara a incapacidade real e efetiva de pessoas maiores, as quais por privação de discernimento ficam impedidas de praticar pessoalmente determinados atos da vida civil (Diniz, 2005, p. 152). Entretanto, no imaginário coletivo não é preciso um processo para associar a loucura à incapacidade e à periculosidade.

Em seu ensaio, Delgado (1996, p. 5-6) cita um episódio ocorrido em meados da década de 90 do século passado, o que em termos históricos é bem recente, em que o Ministério da Saúde fez uma proposta de um suporte financeiro aos usuários em alta hospitalar do regime de longa internação.

Segundo o autor, tal proposta foi considerada inconstitucional pelo então Procurador da República, sob o argumento de que sendo os loucos incapazes não poderiam receber auxílio financeiro do Estado, ainda que via representante legal.

Entretanto, cabe-nos registrar os avanços nessa área. Em julho de 2003 foi criada a Lei Federal 10.708, que assegura uma ajuda financeira com o intuito de incentivar a saída dos usuários em regime de internação de longa permanência para retornarem para suas famílias ou comunidade. Esta Lei é instituída como parte integrante do programa de ressocialização coordenado pelo Ministério da Saúde, denominado “De volta para casa”.

Tais avanços precisam ser reconhecidos, já que tendem a romper paulatinamente com essa associação histórica e que para nós soa como associação equivocada entre loucura e irresponsabilidade. Não obstante, muito há de resquício histórico e cultural em relação ao

²⁶⁹ No artigo 5º do Código Civil, são previstas outras situações em que cessa a incapacidade para os atos da vida civil.

²⁷⁰ Com base no código civil, Diniz (2005, p. 151) informa quais seriam as patologias entendidas como incapacitantes e que causam falta de discernimento necessário para os atos da vida civil, podendo ser considerados absolutamente ou relativamente incapazes: “a) portadores de enfermidades físico-psíquica que impedem o discernimento como: demência ou fraqueza mental senil; demência afásica; degeneração; psicastenia; psicose tóxica; psicose autotóxica (depressão, uremia, etc.); psicose infectuosa (delírio pós-infeccioso etc.); paranóia, demência arteriosclerótica; demência sífilica; mal de Parkinson senil.b)deficiência mental ou anomalia psíquica, incluindo alienados mentais, psicopatas mentecaptos, maníacos, imbecis, dementes e loucos furiosos ou não”.

louco o que, entre outras coisas, faz com que a dimensão sócio-cultural da reforma psiquiátrica seja considerada uma das mais importantes (Amarante, 2003). Para Delgado:

Antes da constituição do asilo os loucos eram compreendidos como ‘crianças’ no que diz respeito a sua responsabilidade. Tal fato expresso no estatuto jurídico dos insanos e nas *Quaestiones medicolegales* de Zaccheu de 1660 [...] Diferente da criança, o louco não punível é capaz de repetir seu ato delituoso por não dispor do entendimento e da determinação e não estar sob a permanente vigília paterna (Delgado, 1992, p.103).

Judicialmente o louco não é cidadão e não o é porque não é considerado sujeito frente ao Estado com capacidade para responsabilizar-se sobre sua vida e seus atos.

Contudo, no momento em que o Estado intervém para protegê-lo delegando à um terceiro (este sim, para o Estado, cidadão capaz) as responsabilidades dos seus atos, é possível que algum nível de cidadania do louco se estabeleça, ainda que seja um nível de cidadania tutelada. No momento em que o Estado estabelece essa “proteção especial” para o louco, configura a sua condição de não cidadão, de não igual, de um não-sujeito no espaço da *polis*.

Tivemos a oportunidade de observar a presença desta questão na fala de alguns entrevistados na nossa pesquisa. No campo da saúde mental, um dos principais impasses na relação intersetorial, se podemos classificá-la desta forma, é com a Previdência Social, mais especificamente com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Via de regra, quando um usuário se dirige a esta instituição para requerer algum benefício²⁷¹, é encaminhado para a interdição civil como se esta fosse a condição *sine qua non* para ter acesso a este direito social.

O que está por trás disto é a noção arraigada de que o louco é incapaz e irresponsável perante as exigências sociais. Por outro lado, considerando a positividade construída socialmente em torno do trabalho, quem não tem condições de trabalhar (atividade organizadora da sociedade e suas relações sociais), não tem condições para mais nada na vida.

²⁷¹ Em pesquisa realizada num outro Caps da zona oeste, Gomes (2003) faz referência aos questionamentos dos usuários acerca da postura do INSS frente aos seus pedidos de benefício.

O limite da cidadania moderna está no fato de que ela organizou-se a partir de uma vinculação estreita e ao mesmo tempo impregnada dos valores que estabeleciam um estatuto de normalidade, justificando a exclusão de quem não se adequava a tal padrão.

Acreditamos que este debate reitere em certa medida a insuficiência da cidadania tradicional e seu pressuposto de igualdade formal, frente ao campo da loucura.

3.1.4. O Debate Paradoxal em Torno da Cidadania do Louco Enquanto Desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Sinalizamos nas páginas anteriores que na problemática da cidadania do louco (seja lá qual for) merece destaque, entre outras coisas, o tema da diferença, que no caso em questão se constitui numa alteridade radical.

Nas páginas que se seguem gostaríamos de reiterar nossa posição, demarcando o paradoxo existente entre a experiência da loucura e a clássica noção de cidadania.

É preciso assumir os riscos existentes ao considerar a reivindicação da cidadania no campo da loucura que poderiam nos fazer fracassar. Esses riscos se colocam quando elegemos um modelo de cidadania que não considere as especificidades e singularidades da loucura. Segundo Leal (1994, p. 89) estes riscos seriam de duas ordens: tentar restabelecer um arquétipo de subjetividade em que a loucura não se adapta e continuar a produzir a exclusão ao buscar agenciar um outro lugar social para a loucura.

Pelo que a literatura nos apresenta, podemos inferir que a partir do século XVIII, a loucura começa a trilhar um caminho de exclusão social, e um dos instrumentos que operou esta exclusão foi a psiquiatria.

Paugam (1996) busca uma definição de exclusão social como algo cujo objetivo seria retratar o sentimento angustiante que assola uma grande parte do segmento populacional, “inquietos diante do risco de se ver um dia presos na espiral da precariedade” associado a um “sentimento quase generalizado de uma degradação da coesão social”. O autor chama a atenção para outras abordagens do termo exclusão social: “precariedade do emprego, ausência de qualificação suficiente, desocupação, incerteza no futuro; uma condição tida por nova,

combinando privação material com degradação moral e dessocialização; desilusão do progresso” (1996, p. 7).

Para Schnapper (apud Demo, 2000), coincidindo com a perspectiva de Paugam, existe um processo de precariedade que precede e leva à exclusão. Entretanto, para ele o trabalho continua sendo central na definição da condição social do sujeito, ainda que a exclusão também esteja atrelada a outros fatores e não somente ao trabalho.

Já Castel (1996) afirma que o termo exclusão social se traduz numa dissociação do liame social, numa desfiliação.

Nancy Fraser (2003) considera o conceito de exclusão social uma expressão chave da época atual, reiterando que não há um consenso sobre o seu significado. Ela reconhece que qualquer que seja a interpretação que se dê ao referido conceito, ele pertence à família das injustiças sociais (Fraser, 2003). Neste sentido, trabalha com uma a noção bidimensional de justiça social que está apoiada na idéia de equidade participativa²⁷², contrariando a corrente dominante que se baseia na idéia da participação política. E justificando sua posição alude que:

[...] el concepto de justicia entendido como equidad participativa implica una visión amplia pero diferenciada de la exclusión social. Al abarcar una gama de esferas de participación, y por lo menos dos tipos principales de obstáculos para la misma, ese enfoque cuenta con la flexibilidad suficiente para dar cabida a la pluralidad y complejidad de las formas de exclusión social que encontramos actualmente. Como tal, nos permite atacar los problemas prácticos que surgen cuando proyectamos combatir la exclusión social (2003, p. 61).

²⁷² A equidade participativa envolve várias esferas de participação.

Fraser (2003) afirma ainda que os impedimentos à equidade participativa são conseqüências da má distribuição ou da ausência de reconhecimento, ou de ambos, e que uma das soluções possíveis seria a eliminação dos impedimentos culturais, através da implementação de políticas que estabeleçam igualdade de status.

Reiterando a idéia de Kymlicka e Norman (1996) sobre as dimensões da cidadania, Fraser (2003) alega que é a falta de reconhecimento que impede que os membros de determinada comunidade participem como iguais da vida social.

Fraser (2003) considera que a exclusão social é uma forma muito grave de negação dos elementos essenciais para a equidade entre os sujeitos. A marginalização ou subordinação não é a sua conseqüência mais grave. Para a autora o pior efeito da exclusão social é que ela bloqueia toda forma de participação.

A questão da cidadania da loucura tem o paradoxo como marca congênita. Ela não foi reconhecida na sua alteridade radical frente ao campo da não-loucura. Ao contrário, buscou-se medir o quão longe ela estava da razão para justificar as práticas ortopédicas das intervenções terapêuticas que visavam fornecer ao sujeito aquilo que lhe faltava, preenchendo a “falta para a produção do sujeito no contrato social e seu reconhecimento como cidadão” (Birman, 1992, p. 87).

Birman (1992) informa que a loucura foi inserida de maneira muito peculiar na nova ordem que se instaurou com as revoluções do século XVIII, ficando à margem do estatuto de cidadania plena e de reconhecimento dos direitos: o louco não era um igual porque era visto como aquele cuja razão não estava completa, não podendo, entre outras coisas, usufruir da sua liberdade.

Parece existir uma relação de oposição, de contradição entre as noções de cidadania e seus corolários (autonomia, liberdade, igualdade, racionalidade) e loucura (irracionalidade, dependência, diferença, incapacidade). Deste ponto de vista, podemos ousar inferir que o louco se contrapõe ao cidadão, na sua acepção tradicional (Bezerra Jr., 1992).

O cidadão representa a expressão universal de uma dimensão de subjetividade racional, enquanto o louco é o extremo oposto, representa a manifestação radical de uma subjetividade singular, do desviante, da desrazão. De que maneira podemos reivindicar os direitos das pessoas que em relação aos ideais da modernidade, parecem necessitar apenas de fraternidade? (Bezerra Jr., 1992, p.118).

Se tivermos a racionalidade como parâmetro para a cidadania (como somos levado a acreditar), certamente identificaremos um paradoxo na relação entre cidadania e loucura, já que as representações tradicionais da loucura a vincularam à fragilidade da razão.

Para que as necessidades deste segmento sejam contempladas no campo da cidadania, é preciso que a existência das diferenças dos grupos em desvantagem seja considerada e reconhecida, tendo em vista que no processo de construção e reivindicação da cidadania tradicional, as especificidades da cidadania do “doente mental” não foram consideradas.

Portanto, a idéia de cidadania tradicional é restrita do ponto de vista da inclusão social ao pressupor a igualdade formal e jurídica dos sujeitos, o que especificamente em relação aos “doentes mentais” ainda está em construção.

A questão da cidadania do louco já foi alvo de muitos ensaios no campo da saúde mental (Bezzera Jr., 1992; Birman, 1992; Tenório, 2001), entretanto, ainda são poucos e imprecisos os encaminhamentos para a questão. Fica sempre a impressão de que, no limite, não há o que fazer. Não sabemos se a política da diferença será o melhor deles, mas acreditamos que possa ser uma contribuição possível neste debate que parece tão controverso.

Mudar este cenário depende de um lado da ação do Estado através de políticas públicas voltadas para a inclusão deste segmento. De outro, é necessário que as forças sociais envolvidas se organizem de tal forma que a problemática possa ser comprometidamente incorporada na agenda governamental, a partir da ótica daqueles que estão nesse lugar, os loucos.

A idéia de que a diferença existe e está dada concretamente precisa estar presente, orientando as ações nos campos²⁷³ da reforma psiquiátrica, pois a questão principal não está nem tanto no tratar a todos de maneira igual, mas nesse tratar poder perceber, incorporar e respeitar as diferenças, já que certamente encontraremos pessoas que demandarão mais de ajuda do que outras.

Gostaríamos de esclarecer, entretanto que, para usar a noção de cidadania diferenciada (Young, 1990), para pensar a cidadania no campo da saúde mental é necessário entender quais são as necessidades específicas dos sujeitos que compõe este segmento no que diz respeito à sua “condição cidadã” e, sobretudo, o que eles entendem que seja a cidadania e o que precisam ter para se considerarem cidadãos (o que hoje é diferente de serem reconhecidos como tais pelo Estado). Para o louco o que é ser cidadão? E para o profissional de saúde mental, como é pensar a cidadania da loucura?

Esta é uma das questões para a qual tentaremos trazer algumas respostas a partir da análise dos dados coletados na pesquisa de campo.

²⁷³ Ver capítulo II.

3.2. MATERIAL E MÉTODO

3.2.1. O Cenário da Pesquisa

3.2.1.1. A Abordagem Qualitativa

Esta investigação²⁷⁴ é de natureza qualitativa e procura seguir os princípios que caracterizam tal tipo de pesquisa, a saber: a não generalização de seus resultados²⁷⁵ o trabalho em profundidade e a compreensão dos signos, valores, significados de uma dada cultura, o que nesta investigação ocorre em um espaço institucional bem definido.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Tem base nas ciências sociais e de uma forma geral preocupa-se com a compreensão interpretativa da realidade social, se ocupando da análise do significado que os sujeitos atribuem aos fatos e as relações, entre outros.

Ela se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2000, p. 22).

Podemos dizer que os dados sociais se constituem como base da pesquisa social. Eles são aqueles que expressam o mundo real, a realidade, que pode ser representada de inúmeras maneiras através das formas de comunicação.

Neste sentido, a análise de dados coletados na pesquisa qualitativa não se restringe às palavras, ao que é claramente pronunciado, e sua condição *sine qua non* é a “compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais específicos [...]” (Gaskell, 2002, p. 65).

A despeito das discussões entre quantitativo x qualitativo, conjugamos com o entendimento de Gomes (2005) de que “as metodologias qualitativas têm buscado

²⁷⁴ A pesquisa é aqui entendida enquanto atividade básica da ciência no que tange ao questionamento e construção da realidade. É uma prática teórica que vincula pensamento e ação (Minayo, 2000).

²⁷⁵ Não obstante o princípio da não generalização, a compreensão de contextos específicos pode permitir a realização de inferências mais ampliadas.

contribuir, ao lado de outros saberes, para uma abordagem um pouco mais inclusiva da complexidade que constitui o objeto da saúde” (p. 5).

3.2.1.2. Os instrumentos de Pesquisa

O material para a análise foi colhido a partir da técnica da entrevista individual semi-estruturada, como fonte primária para a investigação, e da observação participante. No que tange à técnica da entrevista optamos pela realização da entrevista em profundidade (com um único respondente)²⁷⁶. Sobre a técnica da entrevista, Cruz Neto sinaliza que:

É o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser individuais ou coletivas (1993, p.57).

A entrevista nos permite conhecer os casos individuais; compreender, em profundidade, as especificidades culturais dos entrevistados e comparar os diversos casos (Minayo, 1993). Objetiva ainda “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (Gaskell, 2002, p. 65). Esta técnica se materializa a partir de um roteiro ou um tópico guia (Gaskell, 2002) possibilitando ao pesquisador manter uma orientação ao longo do processo de captação das informações.

Uma pesquisa que utilize recursos como entrevistas, pode ser definida como um processo social²⁷⁷, já que, entre outras coisas, demanda de interação e cooperação entre os sujeitos. É, portanto, uma via de mão dupla constituída de troca de informações, idéias, símbolos e significados. Nessa relação, tanto entrevistado como entrevistador modificam-se mutuamente. Como sinaliza Gaskell “a entrevista é uma tarefa comum, uma partilha e uma negociação” (2002, p. 74).

Neste processo, o próprio pesquisador é um instrumento de pesquisa de suma importância. Ele observa, registra, participa do cotidiano de vida das pessoas que constituem o seu campo de pesquisa. Ainda que durante o trabalho de campo o pesquisador faça observações contínuas, isto não pode se confundir com o recurso específico de coleta de material denominado observação participante.

²⁷⁶ Outra possibilidade seria o grupo focal (entrevista com um grupo de pessoas simultaneamente).

²⁷⁷ Ver definição apresentada no Capítulo II.

O envolvimento direto que o investigador de campo tem com um grupo social que estuda dentro dos parâmetros das próprias normas do grupo; o trabalho de campo é um processo que envolve mais aspectos da conduta social, dentro dos quais o comportamento manifesto é observado. O trabalho de campo procura, no conjunto da informação sobre o presente e o passado, contextualizar relações sociais que observa; a observação participante é pontual, o trabalho de campo é envolvente (Iturra, 1999, p. 149).

A observação participante é um recurso utilizado em pesquisas qualitativas que possibilita ao pesquisador melhor conhecer a realidade que ele pretende estudar. Segundo Minayo (1992), citando Schwartz & Schwartz, a observação participante pode ser definida como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (p.135).

O papel assumido pelo pesquisador durante a observação participante pode sofrer variações conforme seu objetivo e o caminho que ele definiu para alcançá-lo, a saber:

- Participante-total: participa como membro genuíno em tudo o que envolve o grupo.
- Participante-como-observador: esclarece que a relação com o grupo escolhido é apenas de campo.
- Observador-como-participante: constitui-se numa estratégia utilizada para complementar a entrevista, sendo empregada de maneira mais formal e pontual (pouco tempo).
- Observador-total: o grupo não sabe que está sendo pesquisado, apesar da presença do pesquisador no espaço deste grupo.

Diante dos objetivos e especificidades desta pesquisa, optamos pelo uso do tipo observador-como-participante na utilização desta técnica.

No que tange à análise do material, esta ocorreu à luz da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, enquanto um recurso importante para analisar o material coletado: as falas dos sujeitos entrevistados e os registros sobre o serviço.

3.2.1.3. A Análise de Conteúdo

A origem da análise de conteúdo remonta aos EUA no início do século XX com o trabalho de H. Lasswel. Não obstante, desde então ela já foi alvo de inúmeras apropriações. Nos idos da década de 40 havia uma preocupação quantitativa com os resultados da análise, o que foi se modificando. Hoje é viável a combinação dos métodos quantitativos com os qualitativos. A análise de conteúdo foi deixando de ser associada somente a uma metodologia - ou o qualitativo ou o quantitativo – avançando na realização de inferências²⁷⁸.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das distintas formas de comunicação, já que seu objeto é a linguagem.

O objetivo principal desta técnica, ou deste conjunto de técnicas, não está na descrição dos conteúdos (embora esta etapa seja relevante), mas no que estes revelarão após o tratamento dado pelo pesquisador.

Podemos afirmar que a técnica da análise de conteúdo se traduz numa proposta metodológica dinâmica que se realiza através de uma troca contínua com quem está na posição de analista. Nesta interação, tanto o pesquisador quanto o objeto encontram-se em permanente transformação.

O suporte fundamental da análise de conteúdo é todo e qualquer tipo de mensagem, oriundos de sujeitos sociais. É necessário que o pesquisador conheça as circunstâncias nas quais o conteúdo da mensagem é produzido, identificando quem fala, de que posição fala, para quem fala (a quem a mensagem é dirigida), e em que situação é transmitida.

Este recurso metodológico tem ainda como especificidade fundamental a articulação entre os textos analisados em suas principais características e os fatores que conformaram tais características (Bardin, 1977).

²⁷⁸ Inferências, segundo Setúbal (1999) podem ser descritas como um processo que se inicia na descrição e vai ao encontro da interpretação do conteúdo descrito.

Seu produto é um conhecimento não-linear e a sua derivação ocorre através da observação social do objeto estudado. Neste processo, tanto o tempo quanto a circularidade são aspectos considerados significativos (Setúbal, 1999, p. 59).

O saber produzido por essa investigação tende a representar o movimento de composição e recomposição do objeto.

Segundo Setúbal (1999), a análise de conteúdo abarca dois modelos de comunicação:

- Instrumental: que atribui importância ao contexto e às circunstâncias aos quais a mensagem é veiculada, colocando em segundo plano o imediatamente expresso por ela.
- Representacional: que considera como fundamentais as palavras da mensagem, por elas conterem elementos indicativos, viabilizadores da análise do pesquisador (Setúbal, 1999, p. 66).

Nossa opção foi trabalhar a partir da perspectiva representacional da análise de conteúdo. Entretanto, é importante salientar que embora possam ser trabalhadas separadamente, essas formas não são excludentes.

Em suma, a intenção central do recurso da análise de conteúdo é realização de inferências relativas às “condições de produção ou recepção” (Bardin, 1977) das comunicações. Estas inferências são propiciadas a partir do uso de indicadores²⁷⁹ que podem ser quantitativos ou não.

3.2.1.4. As Categorias de Análise

O eixo condutor que iluminou a entrada no campo, assim como a análise do material foi o conceito de cidadania, que se constitui a dimensão de análise deste trabalho.

As categorias têm a função de nos auxiliar na identificação, entre outras coisas, dos principais aspectos para o exercício da cidadania do louco, a partir das falas dos entrevistados, no interior de um serviço como o Centro de Atenção Psicossocial.

²⁷⁹ Por opção do pesquisador, neste trabalho chamaremos os indicadores de categorias de análise.

As categorias selecionadas estão apresentadas no quadro 1 e não correspondem à totalidade das dimensões que poderiam ser utilizadas para o estudo acerca da noção de cidadania. Contudo, acreditamos que seriam as mais adequadas, embora não as únicas possíveis, ao nosso objeto de estudo.

3.2.1.5. A Dimensão da Análise

A cidadania, como dimensão da análise, é o que direciona o foco da nossa lente na análise do material, onde tentamos identificar a compreensão dos entrevistados acerca do que é a cidadania, qual o sentido que ela adquire para essas pessoas. Em relação ao segmento dos técnicos, como compreendem a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, em especial do Caps Lima Barreto.

Nosso objetivo é, a partir das falas dos usuários, identificar os principais impasses do processo de trabalho do Caps Lima Barreto; verificar se os usuários entrevistados identificam mudanças nas suas vidas após iniciarem o tratamento no Caps; captar o sentido e o lugar da cidadania para os “doentes mentais” que fazem tratamento no serviço onde esta pesquisa foi realizada.

Quadro 1: Dimensão e categorias de análise

DIMENSÃO	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Cidadania	Percepção sobre o Centro de Atenção Psicossocial
	Autonomia
	Expectativa de futuro ²⁸⁰
	Percepção sobre o reconhecimento social ²⁸¹
	Percepção sobre cidadania

²⁸⁰ Fonte: Pesquisa: *Avaliação da Inovação Social em Políticas Públicas: Estudo dos Programas Favela-Bairro e Morar-Legal*. FGV/EBAPE/PEEP/Observatório de Inovação Social. Pesquisa coordenada pela Prof. ^a Dr^a Sonia Fleury.

²⁸¹ Fonte: Pesquisa: *Avaliação da Inovação Social em Políticas Públicas: Estudo dos Programas Favela-Bairro e Morar-Legal*. FGV/EBAPE/PEEP/Observatório de Inovação Social. Pesquisa coordenada pela Prof. ^a Dr^a Sonia Fleury.

3.2.1.5.1. *Categoria Percepção sobre o Centro de Atenção Psicossocial*

Refere-se a como os entrevistados percebem o Caps, enquanto um serviço público voltado especificamente ao segmento da saúde mental, a partir das suas experiências e vivências cotidianas. O Caps é uma das formas pelas quais os usuários se relacionam com o Estado. Embora existam outras formas possíveis (voto, serviços assistenciais, previdenciários, entre outros) o Caps é um lugar destinado exclusivamente para os “doentes mentais”.

Esta categoria abrange a construção da identidade com o lugar, além de considerar a satisfação dos entrevistados com o serviço.

3.2.1.5.2. *Categoria Autonomia*

No que tange à produção teórica sobre o conceito de autonomia percebemos que ele assume distintos significados: interiorização das normas (Durkheim, 1978); capacidade de coordenação de diferentes perspectivas sociais com o pressuposto do respeito recíproco (Piaget, 1993); capacidade de deliberar sobre seus objetivos pessoais (Goldim, 2004); soberania do indivíduo sobre si mesmo, sua mente e seu corpo (Mill, 1963).

Neste trabalho nossa concepção de autonomia se aproxima teoricamente da apresentada por Mill e Goldim (idem, ibidem). Nosso entendimento acerca desta categoria é a capacidade dos sujeitos em agir livremente, de gerenciar a própria vida, de tomar decisões acerca das suas atividades cotidianas e a possibilidade de fazer escolhas, assim como a capacidade de fazer valer as suas vontades e decisões²⁸².

3.2.1.5.3. *Categoria Expectativa de Futuro*

Percepção dos usuários sobre a sua trajetória futura de vida, para além da sobrevivência. Inclui aspectos como a percepção sobre possíveis mudanças em relação à sua situação após a entrada no Caps; a percepção dos fatores que levaram a essa mudança. Diz respeito ainda a capacidade de construção de projetos individuais.

²⁸² O exercício da autonomia é tão complexo e requer tantos pontos de adensamento que fica quase impossível que um sujeito tenha autonomia plena em todos os momentos.

3.2.1.5.4. *Categoria Percepção sobre Reconhecimento Social*

Valorização individual dos usuários na relação com o outro. Inclui a percepção dos usuários e dos profissionais acerca de mudanças na visão estigmatizadora da loucura e a percepção sobre o seu lugar no mundo.

3.2.1.5.5. *Categoria Percepção sobre Cidadania*

Percepção dos entrevistados sobre a noção de cidadania e sua configuração no campo da saúde mental.

3.2.1.6. O Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto

A instituição escolhida para realização da pesquisa de campo foi o Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto.

O Caps Lima Barreto foi criado em fevereiro de 2000, sendo considerado uma modalidade de serviço equivalente a um Caps II, pelo que define a portaria 336 de fevereiro de 2002. Segundo a referida portaria, um serviço de atenção psicossocial definido como Caps II deve ter capacidade operacional de atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 e possuir ainda algumas características²⁸³, a saber²⁸⁴:

- 1- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território;

²⁸³ Para uma melhor apropriação do que preconiza a portaria, sugerimos sua leitura na íntegra, já que dados os limites deste trabalho, não seria possível aprofundá-la.

²⁸⁴ De uma forma geral, as características de um Caps II não diferem muito dos demais. A diferença está basicamente na capacidade de atendimento populacional, horário de funcionamento e estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência (no caso do Caps III).

- 2- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- 3- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- 4- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial;
- 5- Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- 6- Funcionar de 8h às 18h, em 2 turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

Ainda segundo a portaria, a assistência prestada no Caps II inclui atividades como:

- 1- Atendimento individual;
- 2- Atendimento em grupo;
- 3- Atendimento em oficinas terapêuticas;
- 4- Visitas domiciliares;
- 5- Atendimento à família;
- 6- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- 7- Alimentação.

No que tange aos recursos humanos, a portaria preconiza que a composição mínima da equipe deve ser de 12 profissionais, sendo 1 médico, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível

superior e 6 profissionais de nível médio para atendimento de 30 pacientes por turno, considerando o limite máximo de 45 pacientes/dia em regime intensivo (art. 4º, item 4.2.2 da portaria 336 de 2002)

O Caps Lima Barreto atende a área programática (AP) 5.1 que é composta por 9 bairros, a saber: Bangu, Realengo, Senador Camará, Padre Miguel, Magalhães Bastos, Vila Militar, Deodoro, Jardim Sulacap e Campos dos Afonsos.

A população residente total da AP 5.1, onde o Caps Lima Barreto está inserido, é de 659.649 habitantes²⁸⁵. O Caps tem atualmente 305 pacientes em atendimento, sendo 265 matriculados e 40 em avaliação.

A composição da equipe do Caps Lima Barreto também é superior ao definido pela portaria, sendo composta por 19 profissionais²⁸⁶: 3 médicos psiquiatras, 2 enfermeiros, 1 assistente social, 3 psicólogos, 1 nutricionista, 2 terapeutas ocupacionais, 2 musicoterapeutas, 3 auxiliares de enfermagem, 1 administrador e 1 agente administrativo.

Um Caps II pode ter até 220 pacientes matriculados, supondo-se uma população habitacional de no máximo 200.000 habitantes. O Caps Lima Barreto encontra-se numa região com número populacional em torno de 660.000 habitantes²⁸⁷, o que indubitavelmente acarreta um volume da demanda superior ao que o Caps tem condições de responder.

A seguir, apresentamos os principais dados da Área de Planejamento 5.1:

Área de Planejamento 5.1²⁸⁸

➤ Dados Demográficos:

Área: 323 Km²

População Residente 1991: 595.960

População Residente 2000: 659.649

Varição Relativa entre 1991 e 2000: 9,6%

Densidade Demográfica bruta (hab/ha) 1991: 49

Densidade Demográfica bruta (hab/ha) 2000: 54

²⁸⁵ Fonte: Censo 2000 – site: Armazém de Dados

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro - Jornal O Globo, 24/03/2001.

²⁸⁶ A portaria apenas sugere um número mínimo para a composição da equipe, ultrapassa-lo não necessariamente é um problema. Estamos fazendo uma comparação, já que a equipe mínima sugeria para um Caps III é de 18 profissionais.

²⁸⁷ Fonte citada anteriormente.

²⁸⁸ Fonte: Caps Lima Barreto.

<i>Distribuição da População Residente por bairros da AP 5.1</i>		
BAIRROS	POPULAÇÃO RESIDENTE	PERCENTUAL
Bangu	244.518	37,0
Realengo	176.277	26,7
Senador Camará	111.231	16,9
Padre Miguel	64.754	9,8
Magalhães Bastos	24.849	3,8
Vila Militar	13.691	2,1
Deodoro	11.593	1,7
Jardim Sulacap	11.221	1,7
Campo Dos Afonsos	1.515	0,2
AP 5.1	659.649	100

Fonte: Censo 2000 – site: Armazém de Dados

Fonte: Relatório do Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro - Jornal O Globo, 24/03/2001

<i>Distribuição da População Residente na AP 5.1 por sexo e faixa etária</i>								
Sexo/Faixa Etária	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masculino	56078	58418	57148	50260	42310	26562	26735	317511
Feminino	54121	57203	56409	54025	48670	31967	39743	342138
Total	110208	115650	113606	104354	91069	58638	66538	659649

Fonte: Censo 2000 – site : Armazém de dados

<i>Distribuição dos bairros da AP 5.1 pelo Índice de Desenvolvimento Humano</i>	
Bairros	IDH
<i>Rio de Janeiro</i>	0,766
Jardim Sulacap	0,768
Vila Militar	0,738
Bangu (Sul)	0,702
Realengo (Sul)	0,700
Bangu (Central)	0,699
Magalhães Bastos	0,685
Padre Miguel	0,679
Deodoro	0,678
Senador Camará	0,650
Realengo (Norte)	0,660
Vila Kennedy	0,629
Campo dos Afonsos	Sem informação

Fonte: Censo 2000 – site : Armazém de dados

- Dados sobre os Recursos Assistenciais em Saúde Mental
- Nº. de serviços com equipes de Saúde Mental: 10
- Nº. de leitos psiquiátricos: 0

<i>Distribuição dos recursos em Saúde Mental na AP 5.1</i>	
Tipo de Serviço de Saúde Mental	Quantidade
Ambulatório	8
Hospital de Emergência com equipe de Saúde Mental	0
CAPS	2
Hospitais Psiquiátricos	0

Fonte: Coordenação de Saúde Mental – SMS Rio de Janeiro

3.2.1.6.1. A Clientela do Caps Lima Barreto

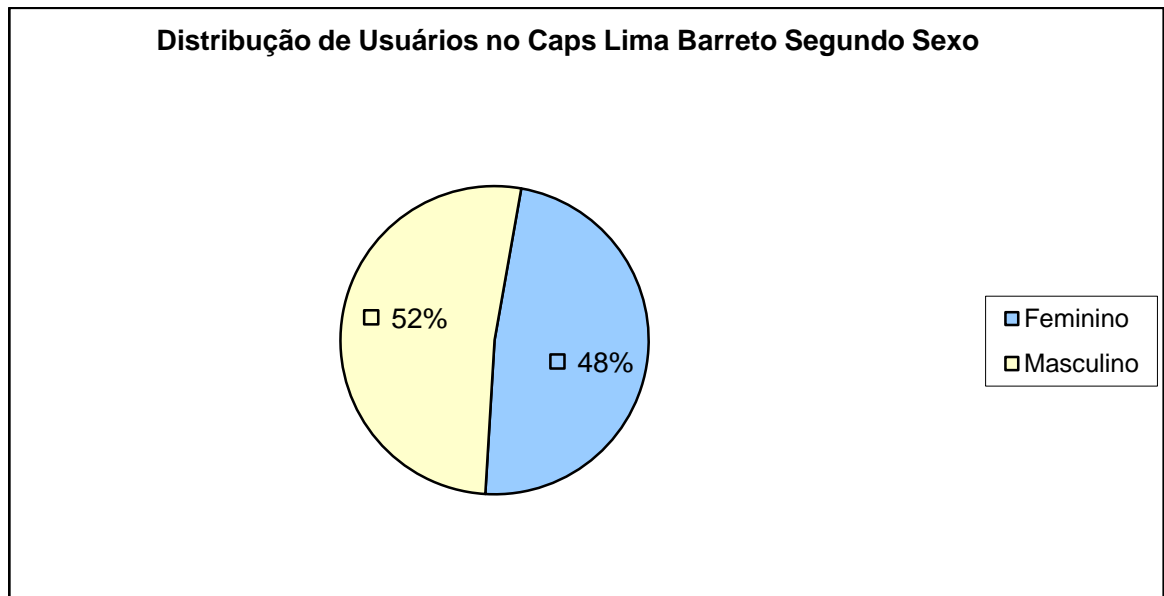
Dados disponíveis²⁸⁹ sobre a distribuição da clientela na rede Caps no município do Rio de Janeiro, informam que o Caps Lima Barreto atendia até dezembro de 2004 o total de 247 pacientes. Sendo o público majoritário do sexo masculino, embora a diferença entre homens e mulheres não seja muito expressiva (cf. Gráfico 1).

Quanto à faixa etária há a concentração da clientela em três grupos (20-29, 30-39, 40-49) que somados chegam a 82% do total. O que demonstra que o serviço atende predominantemente a uma clientela de adultos e adultos jovens (cf. Gráfico 2).

Em relação à escolaridade a panorâmica geral é que a maior parte da clientela do Caps não concluiu o ensino fundamental. Neste sentido, o relatório aponta para a necessidade de estímulos à inserção dessa clientela na rede de ensino, visando a valorização profissional para uma possível inserção no mercado de trabalho (cf. Gráfico 3).

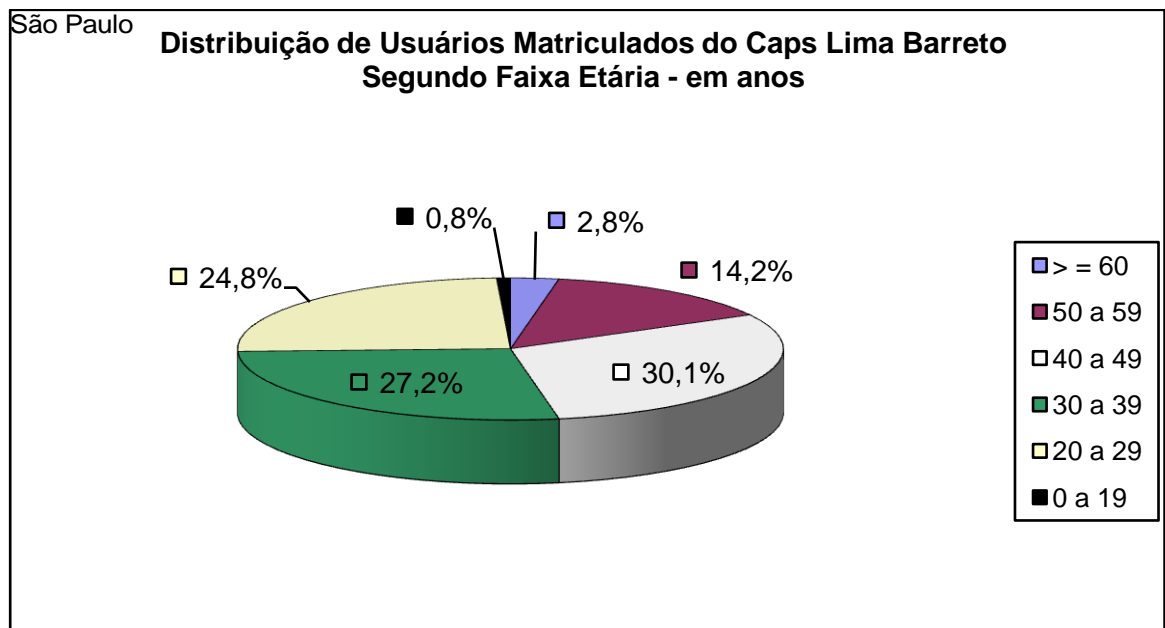
Gráfico 1: Distribuição da clientela matriculada no Caps Lima Barreto segundo Sexo -
Dezembro de 2004

²⁸⁹ Fonte: Relatório Anual de Assessoria técnica do convênio IFB/CAPS – SMS/RJ. Abril de 2005. Ano de referência: 2004.



Fonte: Relatório Anual de Assessoria técnica do convênio IFB/CAPS – SMS/RJ. Abril de 2005. Ano de referência: 2004.

Gráfico 2: Distribuição da clientela matriculada no Caps Lima Barreto segundo Faixa Etária – Dezembro de 2004

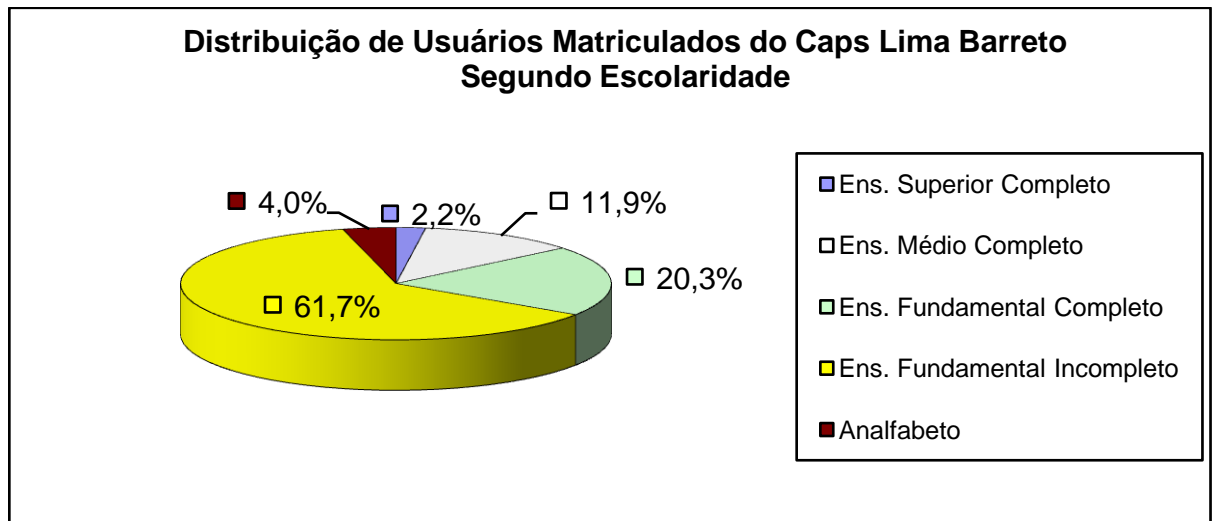


Fonte: Relatório Anual de Assessoria técnica do convênio IFB/CAPS – SMS/RJ. Abril de 2005. Ano de referência: 2004.

O relatório demonstra que a utilização de outras formas de atendimento para além dos Caps têm sido alvo de preocupação e por isso mesmo objeto de acompanhamento contínuo. Isto se aplica especialmente ao recurso da internação psiquiátrica.

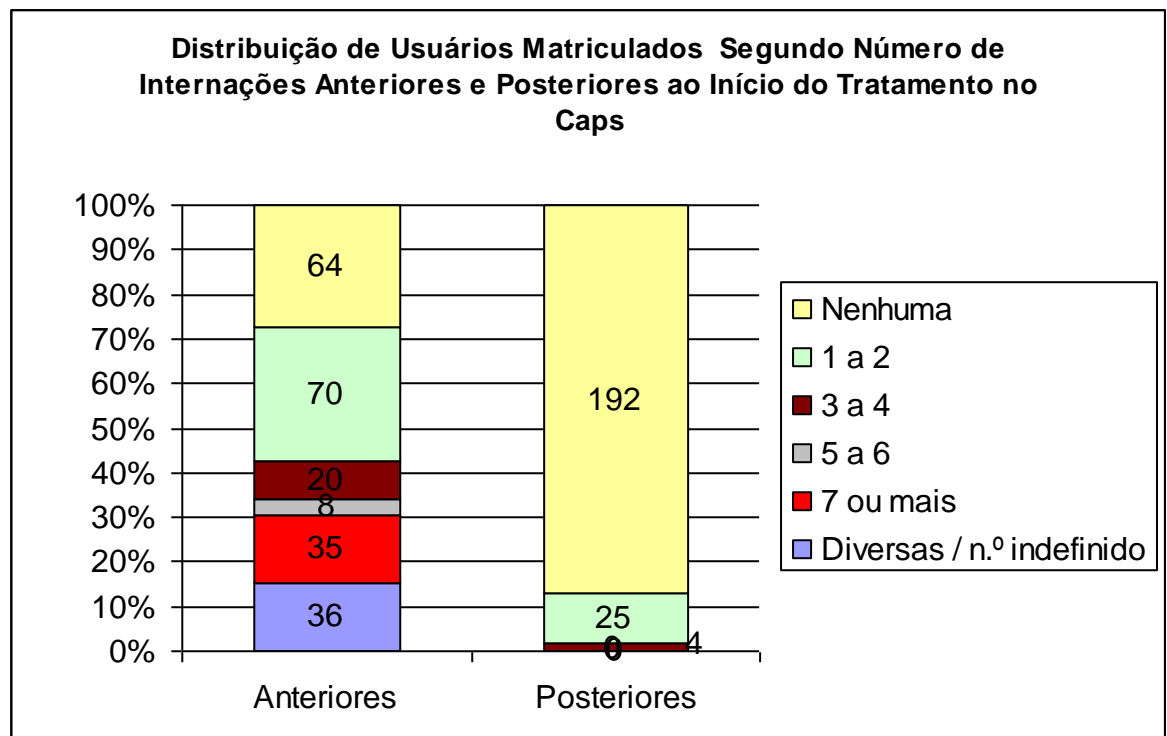
Neste sentido, os dados do gráfico 4 demonstram que após o início do tratamento no Caps Lima Barreto houve uma queda no número de internações psiquiátricas dos usuários se comparado à quantidade de internações anteriores ao mesmo. Os números permitem inferir que os casos classificados como primeiro surto têm sido encaminhados e acolhidos pelo Caps.

Gráfico 3: Distribuição da clientela matriculada no Caps Lima Barreto segundo Escolaridade – Dezembro de 2004



Fonte: Relatório Anual de Assessoria técnica do convênio IFB/CAPS – SMS/RJ. Abril de 2005. Ano de referência: 2004.

Gráfico 4: Número de internações Psiquiátricas Anteriores e Posteriores ao Tratamento no Caps Lima Barreto



Fonte: Relatório Anual de Assessoria técnica do convênio IFB/CAPS – SMS/RJ. Abril de 2005. Ano de referência: 2004.

3.2.1.6.2. Os Recursos de Atendimento em Saúde Mental Existentes na Área Programática (AP) 5.1

Os recursos de saúde mental existentes na AP 5.1 são:

1- Nível de atenção ambulatorial - Psiquiatria:

- PAM Manoel Guilherme da Silveira Filho
- Centro Municipal de Saúde Waldir Franco.

2- Nível de atenção ambulatorial – Psicologia:

- Centro Municipal de Saúde Waldir Franco
- Posto de Saúde Masao Goto
- Posto de Saúde Padre Miguel
- Posto de Saúde Henrique Monat
- Posto de Saúde Eithel Pinheiro de Oliveira Lima
- PAM Manoel Guilherme da Silveira Filho
- Posto de Saúde Sir Alexander Fleming

3- Nível de atenção diária:

- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi) II Pequeno Hans
- Centro de Atenção Psicossocial II Lima Barreto (adulto).

<i>Nº de Profissionais de Saúde Mental por Serviço na AP 5.1</i>							
Serviços de Saúde Mental	Psiquiatras	Psicólogos	Assist. Sociais	T. Ocupacionais	Musicoterapeuta	Enfermeiro/ Aux. Enf.	Neurologistas
CAPSI Pequeno Hans	1	4	1	0	1	3	1
CMS Waldir Franco	1	2	0	0	0	0	0
UACPS Padre Miguel	0	2	0	0	0	0	0
PS Sir Alexander Fleming	0	2	0	0	0	0	0
PS Henrique Monat	0	1	0	0	0	0	0
PS Eithel Pinheiro de Oliveira Lima	0	1	0	0	0	0	0
PS Professor Masao Goto	0	2	0	0	0	0	0
PAM Manoel Guilherme da Silveira	4	5	0	0	0	0	0
CAPS Lima Barreto	3	3	1	2	2	5	0

Fonte: Coordenação de Saúde Mental – SMS Rio de Janeiro

3.2.1.7. A Chegada ao Campo: Primeiros Contatos

Inicialmente gostaríamos de registrar algumas dificuldades encontradas no caminho da entrada no campo. A principal delas foi a inviabilidade de entrada no campo no período programado. Conseqüência da impossibilidade do serviço que foi originalmente selecionado para a realização do campo de receber a pesquisa. Entre outras questões²⁹⁰ ele passava por um momento de reestruturação e seria realizada uma análise institucional que teria a duração de aproximadamente um mês. Somente após esse momento de reflexão é que a equipe discutiria a realização da pesquisa naquele *locus* de trabalho.

Diante dos fatos, a nossa opção foi buscar um outro serviço Caps para que a pesquisa pudesse ser realizada.

No meu primeiro encontro com o Caps tive a impressão de estar chegando próximo de algo semelhante a uma casa de bonecas, dessas que as crianças adoram entrar para brincar e que é feita de lona. Esta impressão se deu não em virtude do *layout* do serviço, mas pelas suas dimensões físicas: é uma casa muito pequena. Não obstante, aquela imagem de uma casa compacta também me passava a sensação de acolhimento, pela proximidade das coisas e pessoas.

O serviço funciona dentro do espaço físico do PAM de Bangu, numa pequena casa com precária infra-estrutura para o que se destina, situada nos fundos do PAM. Embora disponha de uma entrada independente ela quase nunca fica aberta, seja porque não se dispõe de guardas em número suficientes para todas as dependências, seja porque não se criou o hábito de utilização de tal entrada, ou por ambos motivos. A utilização desta entrada poderia dar um sentido maior de independência e visibilidade ao Caps, já que presenciei algumas situações em que pessoas da comunidade não sabiam da existência do serviço e de seu trabalho.

Nessa primeira visita, tinha o intuito de apresentar minha proposta de pesquisa para aquele grupo de profissionais que faziam parte da equipe do serviço. Não tive a possibilidade de ter um contato com os usuários, tendo em vista que em tardes de reunião de equipe, que acontece às segundas-feiras, a proposta é que o serviço não esteja aberto para a permanência de usuários, embora saibamos que na prática esse controle não funcione.

O Caps dispõe da seguinte estrutura física:

- 1 sala de recepção e convivência (que também funciona como ambiente de circulação), onde ficam os armários que guardam o material de uso do brechó;
- 2 salas de atendimento, sendo que uma funciona também como sala de reunião;
- 1 sala para a administração;

²⁹⁰ Outras questões de ordem organizacional também impediram que mantivéssemos o serviço inicialmente selecionado como campo desta investigação.

- 1 banheiro;
- 1 cozinha;

A vivência de campo ocorreu durante os meses de julho, agosto, setembro, outubro e novembro. Durante esses meses a ida ao campo ocorria na maioria das vezes às segundas-feiras, dia em que a equipe se reúne para sua reunião semanal. Não obstante, pude participar de forma mais pontual de algumas outras atividades que ocorreram no serviço, tais como: grupo de trabalho, assembléia e um desfile organizado pelos profissionais e usuários em que os últimos puderam expor peças do bazar que existe no Caps.

A minha entrada no campo foi muito pensada e se deu com um certo vagar. Tivemos uma certa preocupação em fazer uma espécie de “passo-a-passo” para evitar uma possível sensação de invasão no espaço alheio, já que normalmente temos um tempo curto para a pesquisa de campo. Neste sentido, meus primeiros momentos no campo visavam estabelecer um vínculo inicial. Chegar abruptamente a uma instituição onde este vínculo normalmente já está estabelecido entre as pessoas pode causar alguma resistência, principalmente com nossos questionamentos e observações incontáveis e constantes. Por isso acreditamos na importância de criar uma atmosfera propícia para a nossa permanência no campo e coleta dos dados.

O Caps realiza uma assembléia mensal onde são discutidas questões levantadas pelos usuários ou pela própria equipe e de pertinência ao serviço, este espaço coletivo serve para o informe, a problematização, o encaminhamento e a decisão de várias questões. Foi neste espaço que a realização da pesquisa foi informada aos usuários e onde fui apresentada aos mesmos.

Num primeiro momento a ida a campo ocorria de forma mais pontual, para realizar alguma entrevista ou participar de alguma atividade. Neste início a necessidade de participar de forma sistemática da reunião de equipe já se colocava, o que logo foi sugerido por um profissional.

Muitos foram os facilitadores (peça fundamental de qualquer trabalho de campo) desta atividade. Sem dúvida aquele que proporcionou a entrada no campo e a realização dos primeiros contatos foi o coordenador. Entretanto, toda a equipe mostrou-se muito solícita às demandas realizadas pela pesquisadora. Estamos nos referindo tanto à disponibilidade dos profissionais convidados para a entrevista como ao intermédio destes na marcação das mesmas com os usuários.

As entrevistas foram marcadas de forma aleatória de acordo com compatibilidade de horários e a presença do pesquisador na instituição. Foram entrevistados primeiro alguns profissionais e posteriormente iniciamos as entrevistas com os usuários. As entrevistas com estes últimos eram marcadas normalmente pelo técnico de referência ou pelo coordenador. Por uma opção metodológica, a coordenação foi entrevistada no final da pesquisa de campo.

3.2.1.8. Os Sujeitos da Pesquisa

Sendo o universo da pesquisa composto por equipe técnica e usuários, as entrevistas foram realizadas com 5 pessoas da equipe técnica, o coordenador e 5 usuários, totalizando 11 entrevistas.

Uma questão que indagava antes de ir a campo era: quantas entrevistas seriam suficientes para que pudéssemos realizar inferências relevantes e tentarmos alcançar o objetivo desta investigação? Inicialmente, por uma ansiedade inerente ao pesquisador, selecionamos além de um número maior de entrevistas, um segmento de entrevistados mais amplo, que abarcava familiares e comunidade.

Entretanto, esta “necessidade” foi se desmistificando com a proximidade do campo e na medida em que ampliávamos a compreensão de que o objetivo da pesquisa qualitativa não é quantificar, mas explorar em profundidade as opiniões e os pontos de vista. E para isto, não existe nem um método “adequado” para selecionar os entrevistados, nem um número mínimo²⁹¹ de entrevistas a realizar. Mas do que isso, ao determinar o número de entrevistas que irão compor o seu campo, o pesquisador deve considerar primeiramente a possibilidade real e concreta de analisar em profundidade todas as entrevistas realizadas. Se este princípio da pesquisa qualitativa estiver comprometido, é sempre preferível reduzir o número de entrevistas em prol de um trabalho de análise mais adequado.

Os critérios estabelecidos para eleger os sujeitos que fariam parte do grupo de entrevistados foram:

- 1- *Profissionais de nível superior*: a intenção era falar com profissionais das distintas áreas de atuação no serviço, mesclando aqueles com experiência anterior em saúde mental e os que não tinham experiência anterior.
- 2- *Usuários*: estar matriculado no Caps há mais de um ano, em tratamento intensivo ou semi-intensivo, além de considerar o estado clínico atual do

²⁹¹ Gaskell (2002) informa que pode existir um número máximo de entrevistas por pesquisador (isto não é uma regra). Considerando que cada entrevista tenha entre 15 e 20 páginas, não seria viável que um único pesquisador analisasse mais que 15 ou 25 entrevistas (dependendo do *corpus* a ser analisado e do tempo disponível para isto). Para uma discussão mais aprofundada sugerir ver Gaskell, 2002.

usuário, que deveria estar com um mínimo de organização psíquica para responder as questões da entrevista.

A escolha dos entrevistados foi aleatória, respeitando os critérios pré-estabelecidos pelo pesquisador para a seleção dos mesmos. No caso dos usuários, estes critérios foram transmitidos ao coordenador que disponibilizou uma relação dos que se enquadravam no perfil, possibilitando assim uma escolha aleatória, dentro dos limites estabelecidos. Em relação aos profissionais foi disponibilizada uma relação da equipe na íntegra e a partir dela foram aplicados os critérios para seleção dos profissionais que seriam entrevistados.

3.2.1.8.1. *O perfil dos entrevistados*

Dos profissionais entrevistados 3 eram homens e 3 mulheres. No que tange à formação profissional: 2 psicólogos, 1 médico, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 enfermeiro.

Ao que se refere ao tempo em que os profissionais entrevistados trabalham no Caps, 1 está há mais de 4 anos e 5 estão até 3 anos.

Deste total 5 possuíam outras experiências na área de saúde mental quando foram trabalhar no Caps, enquanto 1 não tinha conhecimento prévio sobre o trabalho realizado pelos Centros de Atenção Psicossociais em consonância com a reforma psiquiátrica.

Do total de usuários entrevistados, 3 eram homens e 2 mulheres, com idades entre 21 e 44 anos. No que tange ao estado civil, 4 eram solteiros e 1 divorciado. Em relação à escolaridade, 3 tinham o ensino fundamental incompleto, 1 o ensino médio incompleto e 1 o ensino médio completo.

Em relação ao tempo que fazem tratamento no Caps, todos os entrevistados fazem tratamento no Caps há mais de 1 ano, sendo que 3 estão em tratamento a mais de 5 anos, 1 a 3 anos e 1 a 2 anos.

3.2.1.9. Notas de Diário de Campo²⁹²

²⁹² Já há alguns anos que eu me vejo implicada com as questões referentes ao campo da saúde mental. Minha aproximação com ele já foi apresentada na introdução deste trabalho e não cabe retomá-la aqui. Entretanto, é necessário registrar a dificuldade encontrada durante a realização da pesquisa *in locu* no que diz respeito ao processo de estranhamento do campo. Isto, por seu turno, demanda uma postura mais atenta do pesquisador para evitar possíveis vieses acadêmicos.

O contato presencial com o campo, oportunizado pela observação participante, revelou-nos a intimidade desse espaço e das relações que ali são produzidas.

Durante a observação participante, especialmente na reunião de equipe, foi possível perceber a relevância de determinadas temáticas para o serviço. No período de imersão no campo, identificamos três temáticas que apareceram com maior frequência nas reuniões de equipe: Discussões acerca da reabertura do Caps, através do Grupo de Recepção (GR); discussões sobre as condições de trabalho que era compreendido pelos profissionais como algo que impactavam sobremaneira o processo de trabalho; e as discussões de caso.

Por considerarmos estes pontos como elementos fundamentais na apresentação do cenário institucional da pesquisa optamos por apresentá-los brevemente nesta seção.

1- Grupo de recepção:

Quando comecei a participar das reuniões de equipe a discussão girava em torno da reabertura do Caps. A demanda para o Caps é bastante significativa e o serviço estava com seu Grupo de Recepção (GR) fechado há um ano, tendo em vista que vinha atendendo uma demanda acima da sua capacidade. A decisão pelo fechamento ocorreu a partir do entendimento de que era preferível trabalhar numa perspectiva de atenção psicossocial com os usuários já em atendimento (atendimento este que já ultrapassava a capacidade máxima do serviço) a continuar recebendo pacientes e não ter “pernas” para atender-los²⁹³.

Essa não é uma situação exclusiva do Caps Lima Barreto, muito pelo contrário, atinge toda a rede de saúde, inclusive os outros Caps.

O GR é o nome dado a uma espécie de grupo de triagem, um pouco mais sofisticado, das demandas que chegam ao serviço. Pode ser definido como a porta de entrada para o serviço e o seu formato também pode variar de serviço para serviço.

Grosso modo, o GR funciona da seguinte forma: as pessoas apresentam as suas demandas, expõem as suas questões na medida em que lhes convier, e os profissionais, com base nisso, realizam os encaminhamentos necessários. Quando há necessidade, os casos são levados e discutidos na reunião de equipe. O GR também tem uma função secundária de escoar a demanda que na falta dele pode ser espaçada.

Neste sentido, a função do GR é identificar o problema através da escuta para ir desnudando o contexto de vida do usuário, o que vai revelando gradualmente o caso, possibilitando a realização de um encaminhamento concreto e comprometido com a demanda.

²⁹³ Entendemos que estar em atendimento num serviço como o caps não significa só receber medicação ou passar o dia no serviço sem um projeto terapêutico definido para e com o usuário. No momento em que se tem uma quantidade de usuários muito acima da capacidade de trabalho da equipe pode ser inviável a realização de um trabalho com qualidade, com base na escuta e na atenção aos usuários e com (re)definições e cumprimento dos projetos terapêuticos.

Uma dúvida que pode ocorrer ao leitor é: se existe um público alvo para quem as ações do Caps são destinadas e se os meios legais definem o “perfil” deste público a partir de um diagnóstico, por que a necessidade de um espaço como o GR?

A lógica que preside a “admissão” de um usuário, no serviço em questão, está de certo modo para além do seu diagnóstico. Existe uma certa preocupação da equipe em evitar se fechar em torno da definição científica da doença como principal critério para atendimento no serviço. Ela consegue identificar que a demanda que normalmente bate à sua porta é composta por casos agudos, entretanto, entende que as avaliações destes casos não devem estar restritas à condição do sujeito no momento em que ele chega ao serviço, devendo, sobretudo, considerar o seu contexto de vida. Um usuário que apresenta um mínimo de inserção social e que tem seus laços sociais preservados não deve estar num lugar como o Caps, sob pena de institucionalização, entre outras coisas.

Ao longo de toda a discussão sobre GR este era um ponto de preocupação da equipe, entendendo que a demanda imediata não traduz o contexto, sendo indispensável a realização de uma escuta atenta. Tendo isto como orientação, foram definidos alguns critérios para que os usuários entrassem no GR, que estava em vias de ser reaberto: ser da área de atuação do Caps, casos de desinstitucionalização; primeiro surto; egressos de manicômios judiciários. Apesar dos critérios estabelecidos o GR se orienta para avaliar caso a caso.

O GR foi reaberto em setembro de 2005, com a disponibilidade de oito vagas²⁹⁴ por grupo, sendo orientado pela seguinte metodologia: é composto por três profissionais, dentre os quais um teria a função de pivô, triando os casos antes de entrarem no GR, com o objetivo de antecipar e agilizar os encaminhamentos dos casos de demandas equivocadas.

O GR, até dezembro, acontecia uma vez por semana, sempre às quintas-feiras, na parte da tarde. Cada mini-equipe que compõe o GR permanece nele durante 2 meses, quando outra mini-equipe assume, e assim sucessivamente.

Cada GR tem uma média de quatro encontros. Neste ínterim a equipe faz uma escuta dos casos e define seu encaminhamento: atendimento no caps, encaminhamento para a rede ou outro. As pessoas que após a triagem fossem absorvidas pelo serviço ficariam com a referência de um dos profissionais que as recebeu no GR. Entretanto, o número de encontros não determina o tempo para o encaminhamento dos casos. Este também é um critério passível de revisão nos casos em que o número de encontros não for suficiente para chegar a uma conclusão sobre a melhor solução.

Uma situação que expressa claramente o estrangulamento da rede de saúde da área é já na segunda semana da reabertura do GR a existência de uma lista de espera de 15 inscritos. Considerando que cada GR tem uma duração média de quatro semanas e que conta com oito vagas, se a demanda por ele continuasse seguindo o mesmo ritmo, ao final de dois GR (oito semanas) o Caps teria uma lista de espera para a triagem com cerca de 45 pessoas solicitando atendimento.

2- Limites e condições de trabalho

²⁹⁴ Este número foi definido em reunião de equipe, a partir do entendimento de que não seria possível fazer um trabalho de escuta dos casos com uma quantidade de pessoas superior a essa.

Este foi outro tema bastante presente nas reuniões de equipe. O Caps foi inaugurado no ano de 2000 e desde então vem funcionando no mesmo lugar. Entretanto, o discurso oficial segundo o coordenador, era de que a instalação nesta casa seria provisória, por um ano no máximo. Essa instalação, que deveria ser provisória, tornou-se permanente²⁹⁵. Esse fato apareceu como uma problemática para a equipe, que avalia que a questão da infra-estrutura oblitera substancialmente o trabalho.

Não existem salas em número suficiente para as atividades que são realizadas no Caps, o que inclui: atendimentos, oficinas, reuniões, procedimentos da enfermagem, entre outros. Em muitos momentos, os atendimentos são feitos numa espécie de quintal ao redor do serviço²⁹⁶. Segundo um técnico, em situações limites (quando chove, por exemplo, e não há sala disponível), os médicos acabam dividindo a mesma mesa durante o atendimento.

Esse aspecto me chamou a atenção. Primeiro porque a possibilidade de atender um usuário fora daquele espaço fechado, com portas fechadas me pareceu uma possibilidade interessante de escuta e de produção de cuidado. Mas essa sensação foi logo acrescida de uma outra, em tom de preocupação: é óbvio que essa forma de atender tem um limite, que é o limite da garantia de privacidade do atendimento, de sigilo, já que se trata de um lugar aberto onde outras pessoas (profissionais, usuários e familiares) circulam o tempo todo; o limite concreto do tempo/clima, entre outros.

Alguns profissionais da equipe mostraram-se bastante incomodados com esta situação. Atender embaixo de uma árvore como opção é uma coisa, por falta de opção, é outra e pode ser um limite importante para o trabalho que é realizado no serviço.

A agudização desta situação se deu no momento em que as condições de trabalho ultrapassaram os níveis de precariedade no que diz respeito ao espaço físico. Bichos vivos e mortos foram sendo encontrados nas instalações do serviço, inclusive na sala da reunião de equipe, onde pedaços do forro estavam prestes a despencar. Diante de tais condições, a equipe decidiu elaborar um documento relatando os episódios e apontando para as dificuldades impostas às ações do cotidiano do trabalho para a Gerência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, que informou estar providenciando a mudança de endereço do serviço. Estes episódios tiveram um efeito de mobilização da equipe frente à estas questões, que na mesma medida demonstrava um certo esgotamento em virtude da recorrência e não resolução das mesmas.

Entretanto, as entrevistas revelaram que alguns profissionais identificam a falta de espaço como um aspecto que pode ser considerado positivo. Eles reconhecem que isso proporciona, em certa medida, um encontro contínuo entre as pessoas e possibilita que elas possam expor mais facilmente as suas dificuldades e diferenças. Neste sentido, fazer uma reunião numa sala demasiadamente pequena que faz com que as pessoas quase falem no ouvido do outro pode tender a uma aproximação dos sujeitos.

²⁹⁵ Existe a possibilidade de saída do serviço para uma outra casa no bairro que não se concretizou ainda por questões eminentemente burocráticas.

²⁹⁶ Local onde, inclusive, foi realizada grande parte das entrevistas para esta pesquisa.

O fato é que se estas questões não são novidades no serviço público. Elas não podem se tornar regra ou serem naturalizadas, pois, na pior das hipóteses, existe uma implicação ética em atender debaixo da árvore ou aplicar injeção dentro do banheiro por falta de sala (já que as duas outras salas possuem janelas para a rua).

Podemos considerar que tais situações, assim como a prioridade de recursos e investimentos (Alves, 2001, p.26), são de alguma forma uma expressão da força ou fragilidade que uma dada política pública possui.

Outra temática relevante é o já mencionado estrangulamento da rede na Área Programática 5.1. e uma certa dificuldade de diálogo entre os serviços. Isso tem algumas implicações importantes no trabalho do Caps: as demandas reprimidas acabam chegando no serviço equivocadamente porque se supõe que o Caps acolhe tudo; o serviço não consegue dar resolutividade a alguns casos porque não consegue encaminhá-los para os ambulatórios da região, por exemplo. Existe uma dificuldade acentuada no que tange a esses encaminhamentos, tendo em vista que o número de vagas disponibilizadas para as clínicas de psiquiatria e/ou psicologia é bastante reduzido²⁹⁷. Uma angústia apontada por alguns profissionais dizia respeito ao tempo que se perdia discutindo as situações que ocorriam por consequência dessa rede inflada.

Essa é uma questão que também pode ser observada em parte das entrevistas. Alguns técnicos acreditam que um dos motivos que vem colaborando para o “inchaço” do Caps é que quando não se tem para onde encaminhar, acaba-se absorvendo alguns casos. Ist, por seu turno, acabou exigindo um reposicionamento do serviço frente à questão, na tentativa de priorizar e receber exclusivamente os casos com indicação para atendimento²⁹⁸.

Por fim, um outro limite considerado relevante é a falta de recursos fundamentais para o tratamento como, por exemplo, a medicação. A postura da coordenação em relação a isto é a de uma articulação permanente na tentativa de minimizar os efeitos negativos da ausência de recursos para a continuidade do trabalho.

Outro problema é à falta de um transporte para realização das atividades extra-muros do serviço. Além do Caps não dispor de um veículo próprio, encontra alguns obstáculos para conseguir um transporte adequado na rede. Considerando as precárias condições por que passa a saúde pública no município do Rio de Janeiro, um veículo pode ser considerado elemento de “luxo”, mas no caso de um serviço como o Caps é fundamental porque o trabalho se dá na dimensão territorial e porque os atendimentos domiciliares²⁹⁹ são recorrentes a ele³⁰⁰.

3- Discussões de casos

²⁹⁷ Alguns encaminhamentos são absorvidos, outros não.

²⁹⁸ Existe um fórum de saúde mental na região que acontece uma vez por mês, reunindo os serviços de saúde da área e que se constitui no espaço coletivo legítimo na tentativa de construir alternativas para estas e outras situações. O Caps Lima Barreto participa mensalmente deste fórum

²⁹⁹ Optamos pelo uso de atendimento no lugar de visita domiciliar.

³⁰⁰ Quando há a necessidade de um veículo se coloca o serviço solicita o da CAP, se este estiver disponível, ou no limite, usa o carro particular de algum técnico.

As discussões sobre conduta de casos foram realizadas em quase todas as reuniões de equipe observadas. Nem todos os casos são levados para essas reuniões, ou por não haver dúvida quanto à sua conduta ou porque não há necessidade de discutir nenhum episódio envolvendo o mesmo. Os casos que exigem uma maior reflexão, seja em função de decisões clínicas, necessidade de internação, revisão de projeto terapêutico³⁰¹, entre outros, são expostos pelos técnicos na reunião. Casos que estão entrando no serviço também são alvo de discussão na reunião, além daqueles observados no GR.

3.2.2.10. O Pressuposto

Entramos em campo com o pressuposto de a cidadania (ou sua ausência) seria uma questão importante para os usuários e que o Caps, enquanto um serviço de saúde voltado exclusivamente para o segmento da saúde mental, poderia reconhecer e estimular o exercício da cidadania dos ditos “doentes mentais”. Considerávamos ainda que a cidadania clássica não era capaz de abarcar este segmento pelos argumentos explicitados no início deste capítulo.

Convidamos o leitor a percorrer conosco o caminho da análise que é construída no próximo capítulo, onde pretendemos apresentar uma análise interpretativa dos dados e identificar os que estes nos revelam.

³⁰¹ Os projetos terapêuticos são singulares tanto do ponto de vista de um serviço para outro como, e especialmente no que diz respeito as diferenças de cada usuário. É uma forma de estabelecer as ações que nortearão o tratamento do mesmo. Estes projetos ou contratos são discutidos e definidos com o usuário, a partir dos seus interesses.

4 FALAS, TEXTOS E CONTEXTOS: A ANÁLISE DO MATERIAL

*“Eu quase nada sei,
mas desconfio de muita coisa”*

Guimarães Rosa

4.2. O CAMINHO DA ANÁLISE

O caminho analítico-interpretativo percorrido seguiu os seguintes passos: (1) leitura compreensiva e em profundidade das entrevistas, buscando apreensão das singularidades do material coletado; (2) identificação e recorte acerca dos seguintes temas: capacidade de fazer escolhas; expectativa de futuro; capacidade de estabelecer outros vínculos para além do local de tratamento; a compreensão sobre o serviço e a identidade com o mesmo; o que é ser louco; de que formas se vêem e são vistos no mundo; (3) identificação de outras temáticas relevantes para a pesquisa (categorias empíricas) no material coletado; (4) problematização das principais idéias explícitas e implícitas no texto; (5) estabelecimento de diálogo entre as idéias problematizadas e o arcabouço teórico que sustenta este estudo; (6) confecção de síntese interpretativa do material.

As categorias utilizadas para a análise das falas dos entrevistados já foram apresentadas e explicadas no capítulo anterior. Entretanto, podemos relembrá-las:

- √ Percepção sobre o Centro de Atenção Psicossocial;
- √ Autonomia;
- √ Expectativa de futuro;
- √ Percepção sobre reconhecimento social
- √ Percepção sobre a cidadania

A fala pode ser considerada como um mecanismo simples através do qual os sujeitos se manifestam, se expõe, expõem os seus valores, as suas concepções de mundo e interpretações sobre os diferentes fenômenos sociais.

É o discurso que possibilita a compreensão, entre outras coisas, das relações sociais em que o sujeito está inserido. Nas palavras de Bakhtin: “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios” (1995, p. 41).

4.2.1. Percepção sobre o Centro de Atenção Psicossocial

- √ Do olhar profissional acerca do Caps

Como já sinalizado capítulo anterior, o cenário institucional é permanentemente atravessado por diversas questões. Algumas são fundamentais para pensar o nosso objeto de estudo e, portanto, foram incorporadas às demais categorias definidas inicialmente. A questão da percepção e construção da identidade com o Caps é uma delas.

Ao tentar definir o que era o serviço em que trabalhavam, 4 profissionais o definem como um lugar de produção singularizada de cuidado, em consonância com o modo de atenção

psicossocial. O restante definiu o Caps a partir de uma perspectiva *stricto sensu* legal e/ou normativa, como um serviço comunitário que tem como objetivo precípua evitar o ciclo de internações dos pacientes.

Desta forma, todos os entrevistados definiram o Caps como o lugar onde se estabelecem práticas de cuidado com o Outro.

Entretanto, quando indagamos esses últimos se a definição normativa seria suficiente para traduzir o serviço, eles extrapolam esta dimensão e apontam para a questão do cuidado como uma forma de pensar o seu local de trabalho.

“Tratar no Caps, eu considero que é bastante diferente e mais difícil do que tratar no Hospital [...] Aqui a gente cuida e é muito mais complicado você lidar com o paciente neste espaço do que no espaço hospitalar. No Hospital você tem recursos previamente determinados, querendo ou não você acaba fazendo uso deles” – Mauro³²⁰, profissional.

“Aqui é um lugar de passagem onde a gente está cuidando para que as pessoas possam estar aqui o quanto seja necessário. Eu não penso o Caps como um serviço é, uma instituição assim [...] onde as pessoas tenham que ficar aqui sabe? Isso aqui não pode se resumir ao único espaço possível para um ser humano. Ter que ficar convivendo com pessoas, fazendo as coisas, a mesma coisa durante anos eu não acredito que seja terapêutico. Freqüentar a mesma oficina, o mesmo terapeuta, as mesmas pessoas, a convivência com os mesmos técnicos, com os mesmos pacientes” – Maria, profissional.

“É um trabalho voltado para o cuidado, num espaço onde a tua fala vai encontrar pessoas disponíveis a te escutar” – Adalberto, profissional.

³²⁰ Com intuito de garantir o anonimato dos entrevistados, atribuímos-lhes nomes fictícios.

O Caps é para estes profissionais o lugar onde se realiza um trabalho de cuidado (Boff, 2000) com os usuários através da escuta e do diálogo apontando e construindo caminhos junto com eles.

Ainda sobre o Caps ser o lugar do cuidado, outro profissional relata:

“a gente procura impedir que as pessoas se internem, tentando fazer com que ela tenham um contato mais intenso com as pessoas com que ela vive, família e vizinhos. E a gente procura fazer isso é, cuidando dela aqui dentro, ouvindo, dando uns toques, apontando pra ela onde que aparece os limites dela, apontando pra ela também as possibilidades que ela tem, as potencialidades que ela [...] que ela pode ter que de repente ela não conhece, o trabalho é meio por aí” – Joaquim, profissional.

As falas indicam que o cuidado realizado pelo serviço se manifesta, entre outras coisas, na preservação mínima do direito de liberdade adquirido pelos usuários. Portanto, combater a internação seria também uma forma de cuidado e zelo implicada com o tratamento, promovendo uma relação mais estreita com o seu universo familiar e incentivado a sua autonomia.

De uma forma geral os profissionais sentem-se como sujeitos responsáveis pelo cuidado dos usuários. E a forma como definem o ato de cuidar está em consonância com o entendimento de Boff (2000) sobre o cuidado como algo que está para além do zelo, configurando-se numa atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento com o Outro.

Contudo, quando falamos de práticas de cuidado no campo da saúde mental devemos ter em mente a linha tênue que separa o cuidado da tutela, prática tão presente neste campo e que vem tentando ser superada, com vistas a um aumento no nível de autonomia do sujeito.

Na fala de um dos profissionais acima explicitada o Caps aparece ainda como um lugar que deve ser transitório na trajetória de vida dos usuários, momento em que ele identifica que a própria dinâmica organizacional do serviço pode limitar a eficácia terapêutica das ações de cuidado.

Diante desta fala podemos inferir que o Caps pode, assim como o manicômio³²¹, cronificar e institucionalizar os “doentes mentais”. Em relação a isso, apontamos no capítulo II para a importância de inserção dos sujeitos em outros espaços para além do espaço de tratamento, ainda que este seja realizado no Caps.

A institucionalização do sujeitos no Caps é identificada por outro profissional.

“O Caps institucionaliza, a gente tem consciência disso, não é vergonha dizer isso. É a forma de conduzir o serviço e como esse serviço é organizado, ai é que está! O Caps tem uma estrutura voltada para a flexibilização, para a não institucionalização, mais ainda assim institucionaliza” – Mauro, profissional.

Para outro entrevistado, a forma como o usuário se relaciona com o meio social permite medir efeito do trabalho realizado no serviço.

“[...] isso que você falou da socialização, eu acho que isso é um indicador do quanto as pessoas estão ou não suficientemente cuidadas, atendidas. Então, se a gente atende ela e ela consegue se virar lá fora, isso é um indicador de que aquilo está funcionando..” – Joaquim, profissional.

³²¹ Resguardadas as diferenças entre ambos.

A capacidade contratual³²² é reconhecida como um indicador importante para medir a efetividade das ações de atenção e cuidado ofertadas pelo serviço, permitindo inferir em que medida o tratamento está sendo eficaz, não exclusivamente do ponto de vista da remissão de sintoma, mas da possibilidade de construção e manutenção de vínculos pelos usuários para além do espaço de tratamento.

Desta forma, para este entrevistado o Caps seria mais eficaz quanto menos os usuários demandassem presencialmente das ações de cuidado oferecidas pelo serviço. Este pode ser, em certa medida, um indicador da própria institucionalização. Quando, por exemplo, um usuário está em atendimento, consegue estabelecer vínculos fora do serviço e participar mais efetivamente das relações sociais, diminuindo gradualmente a sua “dependência” institucional, demonstra um aumento na sua capacidade contratual, na medida em que conseguiu construir vínculos externos e outros projetos de forma mais autônoma.

√ Das contradições e suas implicações no trabalho

Em relação às principais contradições existentes no serviço, os profissionais consideram como problemática a questão da infra-estrutura, da limitação de recursos, da demanda que ainda está cristalizada na relação medicamentosa com os serviços de saúde e, por fim, a dificuldade de romper no cotidiano com o processo de trabalho centrado na figura do médico.

³²² Este conceito está definido na página 90 deste trabalho.

“Bom, o Caps Lima Barreto funciona de uma forma bastante caótica. Funciona de uma forma bastante capenga, quer dizer, o que a gente oferece aqui, muitas vezes está bem aquém do que a gente quer oferecer. E eu acho que está aquém, entre outras coisas, por conta de falta de estrutura física, ou de recursos [...]. E se, se for ler o Caps pela demanda, é internação e remédio”. – Joaquim, profissional.

“Eu definiria o Caps Lima Barreto como uma estrutura prestes a ruir - a estrutura! A instituição tem muito a crescer. O Lima Barreto tem uma particularidade, é o menor de todos os Caps, sim, é o de menor estrutura física. Mas mesmo assim faz coisas que outros fazem e em muitas áreas faz coisa que os outros nem pensam” - Mauro, profissional.

A problemática da infra-estrutura e dos recursos é identificada como um dos grandes limites de trabalho colocado para o serviço. Em princípio, esses limites não impedem que os profissionais se impliquem na realização de um trabalho com qualidade, apesar de toda a estrutura que permite a realização deste estar comprometida.

É sabido que a questão dos recursos é uma problemática e motivo de insatisfação profissional na maioria das instituições públicas no nosso país, não sendo, portanto, uma novidade. Entretanto, consideramos importante trazer essa questão para a discussão dada a sua recorrência tanto nas entrevistas quanto nas reuniões de equipe.

Neste sentido, Saraceno (1998, p. 18) sugere uma reflexão acerca dos recursos em saúde mental. Problematizando a questão, o autor afirma que neste campo é indispensável um certo nível de criatividade para pensar sobre o que são os recursos. E afirma que estes não são apenas aquilo que nos chega (por exemplo, através do Estado), mas tudo aquilo que está a nossa volta e que, por vezes, não conseguimos enxergar. Ou seja, o Caps é um serviço de base territorial, situado na comunidade, que deve acionar estratégias de interação com a mesma. Esta por sua vez é um recurso cheio de outros recursos, cabendo ações a fim de identificar quais os recursos existentes, públicos ou privados, que podem ser acionados nesse trabalho. Uma vez identificados estes recursos e estabelecida uma parceria entre eles e a instituição, abre-se a possibilidade de que os usuários possam se inserir, ainda que de forma “protegida”, em outros espaços sociais, mantendo seu atendimento no serviço.

√ A centralidade da racionalidade médica

“Quando a figura do médico está presente, todo mundo quer falar! Todo mundo tem uma dor, uma dificuldade de respirar” – Ana, profissional.

“Mas isso é mais ou menos [sobre a descentralização na figura do médico], porque na hora em que o paciente está passando mal, e que não precisa ser um passar mal da ordem do remédio, do efeito colateral, nada disso, a própria equipe demanda o médico [...] Mas, como assim, na hora do desespero eu não posso conversar com o paciente meia hora, eu delego pro médico?” – Ana, profissional.

“Aqui, a gente se baseia um pouco no modelo centrado no médico. A visão centralizada no médico é difícil de desvincular, tanto ela é a visão da população, como a nossa, muitas vezes também” – Mauro, profissional.

A fala destes profissionais demonstra a dificuldade prática de ruptura com uma cultura tão atual e centrada no saber dos especialistas. E neste sentido, superar o modelo centrado na figura do médico é uma dificuldade de cada um e de todos. O que é interessante no caso em tela é que a maior dificuldade de cortar o cordão umbilical com o fazer do médico é da equipe como um todo, e não necessariamente do profissional da área. Isso é interessante porque de uma forma geral se identifica nos médicos uma certa resistência quando são chamados a deixarem a posição de poder/saber que ocupam. E não é difícil compreender esta atitude se considerarmos, como elucidava Navarro, que a medicina para os médicos é percebida predominantemente como uma prática social de sentido único, “como uma oportunidade de exercício de um saber/poder que cura, controla ou reduz as manifestações das doenças” (2001, p. 90).

Alguns profissionais identificam que o Caps recebe uma demanda expressiva de usuários e/ou familiares em busca, quase exclusivamente, de remédio e/ou consultas/internações (ambos

passam pelo médico), caracterizando uma tendência à ambulatorização do serviço. É provável que este movimento seja reflexo da própria dificuldade da equipe em romper com a centralidade da figura do médico no processo de trabalho.

√ Do “tratamento” no futuro: o lugar do Caps

Os profissionais foram convidados a falar sobre o futuro da política de saúde mental. A maioria dos respondentes, num primeiro momento, indica não saber, posição que é modificada quando sugerimos falassem de como gostariam que estivesse.

Em relação ao que foi perguntado aos profissionais, podemos agrupar as suas respostas em dois grupos: os que apontam para uma continuidade do projeto Caps como núcleo central da reforma psiquiátrica, e aqueles que esperam que o Caps não seja um fim em si mesmo e que possa se transformar num dispositivo que acione futuramente outras estratégias de tratar da loucura no espaço da comunidade onde vivem os usuários.

“Aumentando a verba, podem surgir mais Caps e as pessoas receberem treinamento pra trabalhar em Caps, o que ainda não está acontecendo. Os psiquiatras terem uma outra visão de Caps para aderirem ao Projeto e trabalhar também em Caps [...]” - Lúcia, profissional.

“Eu não sei se a gente vai ter muita mudança não. Eu acho que o espaço é o Caps. Acho que ele está garantido nesse tratamento na saúde mental. A tendência da

reforma é caminhar para difundir essa cultura dos Caps na sociedade, as pessoas tomarem mais conhecimento do que se trata” – Maria, profissional.

Estas falas são bastante reveladoras no que tange às apropriações das dimensões da reforma psiquiátrica, e neste caso, ao seu aspecto técnico-assistencial (Amarante, 2003). É indubitável que poder tratar a loucura fora do espaço institucional do asilo é mais eficaz e eficiente, vide os dados sobre o serviço em tela³²³ que demonstram a significativa redução do número de internações dos usuários após iniciarem tratamento no Caps, por mais limitações que este serviço apresente. E que estar no manicômio implica necessariamente a perda da liberdade e da autonomia do “doente mental”. Entretanto, é preciso pontuar que a reforma psiquiátrica não se reduz a dimensão da assistência propriamente dita.

O fato de os psiquiatras estarem mais sensibilizados para a questão da reforma é um fator importante. Contudo, o problema ultrapassa a demanda de capacitação para que tais profissionais tenham uma outra visão de Caps, já que muitos demonstram não saber o que pretende o mote maior da reforma psiquiátrica. Embora esta tenha se afastado da esfera acadêmica *stricto sensu*, ocupando-se mais da dimensão assistencial, o desconhecimento dos seus pressupostos não é uma questão exclusiva destes profissionais. Não obstante, assume maior importância em relação a esta categoria considerando que foram/são os médicos os mais imbricados nesta relação de poder/exclusão com a loucura. Esta questão está presente na fala de outro entrevistado:

“As pessoas que são do meio não entendem o que é um serviço Caps, não entendem o quê é esse atendimento. De forma efetiva eu tenho que explicar a eles qual é o objetivo do nosso trabalho. São pessoas jovens, todo mundo tem no máximo trinta anos [...] e as pessoas desconhecem completamente o quê é isso [a reforma psiquiátrica], e muitas ainda lidam com a questão da ‘doença mental’ em consultórios” – Ana, profissional. Grifo meu.

“As pessoas conhecem o meu trabalho em outros lugares e sabem da qualidade do meu trabalho, conseguem ver que o que a gente faz aqui, não é a *palhaçada da reforma*. Não

³²³ Ver gráficos apresentados no capítulo III.

é nada disso. Pessoas sérias estão envolvidas nisso, e pessoas sérias de fato conseguem modificar alguma coisa na história dos outros” – Ana, profissional. Grifo meu.

Basaglia (2005, p. 55) aponta para a necessidade de mudança na relação entre profissionais e usuários. Afirma que o psiquiatra precisa estar desinvestido do poder que historicamente aprisionou o “doente” na “doença” nessa nova relação com o usuário. Desta forma, o médico não pode também assumir uma posição de neutralidade entre o “doente” e a sociedade, sob o risco de continuar ratificando a exclusão dos que não se “encaixam” na norma estabelecida por esta última. Este autor identifica que a mudança nas relações entre profissionais e usuários como uma importante condição para se operar efetivamente a reforma psiquiátrica.

Se a mudança não for efetuada na relação entre médico, *staff* e doente, não será a construção de novos hospitais psiquiátricos, organizados com os mais modernos equipamentos sanitários, que trará resultados distintos daqueles dos velhos manicômios. Se antes o médico impunha seu domínio sobre o doente e o mantinha em seu poder, institucionalizando-o com o auxílio da força e da coerção, agora corre-se o risco de se provocar uma situação análoga de sujeição, estruturada desta vez nos sentimentos de gratidão e devotamento do internado para com o médico, que do alto de sua posição, se inclina para interessar-se por ele.

Parece existir uma tendência de supervalorização da dimensão técnico-assistencial em detrimento das demais. Esta dimensão opera uma engrenagem importante, mas não exclusiva, do processo de reforma.

A reforma psiquiátrica não se traduz *exclusivamente* na criação de serviços ou na capacitação profissional. Nesses termos, a redução da reforma ao aspecto assistencial pode acarretar a reatualização da exclusão social da loucura, só que mais velada e sutil. Centrar a reforma na criação de Caps é limitar seus passos, por mais que isto possa parecer algum avanço se comparado com o tratamento anteriormente

destinado à “doença mental”. E, desta forma, teremos apenas uma inclusão marginal destes sujeitos.

O Caps pode ser um dispositivo importante na busca de um outro lugar social para a loucura, mas, se isolado das outras três dimensões às quais se refere Amarante (2003) -, epistemológica, jurídico-política e sócio-cultural - pode se cristalizar numa reorganização apenas administrativa da instituição destinada ao tratamento da loucura.

√ Do “tratamento” no futuro: a relação com a forma de gestão

Um outro grupo de profissionais visualiza o futuro da reforma para além do atendimento dos “doentes mentais” em um espaço específico. Neste caso, alguns vinculam a condução da reforma psiquiátrica à uma condução política ou burocrática. Situam limites políticos para a manutenção ou não do serviço Caps como um dispositivo que pode acionar mudanças sociais, ou como um serviço que irá se cristalizar, tornando-se um equipamento crônico, como o manicômio.

“Eu acho que a forma de tratar a loucura está ligada à forma de fazer política também. Se continuar essa verticalização, sem esse respeito aos profissionais [...] sem a construção de um trabalho conjunto, se continuar nós vamos ter um novo serviço criado, tido como de ponta. O Caps vai ser um serviço ultrapassado, crônico” – Adalberto, profissional.

Esta fala problematiza o lugar sócio-político que a reforma de certa maneira estimulou com a criação do Caps. A efetivação desta dimensão política se dá em âmbito individualizado. A fala aponta que a participação e o peso político dos atores que estão localizados na execução da política são incipientes e pouco considerados.

A forma de condução da política não é um elemento que possa ser desprezado, mas o exercício de cidadania de todos os sujeitos envolvidos através da participação, ou da falta dela, também deve ser considerado como um fator relevante no que diz

respeito ao rumo de determinada política. Especialmente porque a forma de fazer política no nosso país possui, entre outras características, uma histórica verticalização que só é parcialmente modificada em momentos específicos de organização social e política da sociedade civil.

√ Da compreensão dos usuários sobre o Caps: a relação com o lugar

Buscando identificar a compreensão dos usuários sobre o serviço, identificamos uma pluralidade de respostas. De uma forma geral eles identificam que estar em tratamento no Caps é melhor do que estar em outro lugar, como por exemplo, o hospital.

“É bem melhor, as pessoas [os doentes] não são tão ruins assim [...] cada um tem seus problemas, mas não são tão graves...” – Amélia, usuária.

“Lá [no hospital] são pacientes que não é assim que nem eu, aquele outro ali, normal não, assim que se não falar que o cara é doente ninguém vai saber. Não, não é assim. Lá você vê que é a pessoa é deformado, o rosto, *doente mental mesmo*” – João, usuário. Grifo meu.

“Aqui é diferente sim. É diferente. Aqui a pessoa vem arrumadinho, aqui não tem ninguém desarrumado, lá [no hospital] fica tudo maltrapilho. É aqui vem tudo direitinho. Se a gente tiver uma roupa direitinha bota, toma banho e vem para cá” - Joana, usuária.

“A diferença é que aqui no Caps não é violento” – José, usuário.

Existe por parte desses sujeitos uma certa noção de pertencimento social quando se comparam aos “doentes mentais” internados. Eles se identificam como diferentes destes últimos porque consideram possuir uma capacidade mínima para interagir socialmente, o que os torna menos excluídos do que os demais. Entretanto, os entrevistados também acabam por reproduzir a exclusão quando fazem uma separação entre si e os outros tipos de “doentes mentais”, que são caracterizados pelo estereótipo: *deformados, maltrapilhos, pacientes graves*.

Embora os usuários façam uma diferenciação de que os *doentes mentais mesmo* estejam no hospital, não necessariamente os pacientes atendidos no Caps são menos graves do que os que estão no hospital. O sentido de *ser mais grave* no hospital tem a ver com a própria representação que estar internado num hospital psiquiátrico assume para esses sujeitos. De uma forma geral, as próprias características do hospital, enquanto instituição total, subsumem o sujeito às suas regras institucionais, mortificando o seu eu (Goffman, 2001). Ao ser internado no hospital o sujeito tem a sua liberdade, sociabilidade e autonomia comprometidas. No hospital psiquiátrico as pessoas perdem a identidade, não havendo diferenciações significativas entre elas, logo, qualquer pessoa passa a ser igual à outra.

Os entrevistados identificam ainda o espaço do hospital como um lugar de violência. Ao contrário, o Caps é um espaço onde eles podem se colocar, onde são escutados e suas falas são valorizadas. É um lugar para “tratar” da doença, onde se ocupa do “doente”.

Essa mudança do eixo de atenção – da doença para o doente – representa uma ruptura fundamental com uma forma de tratamento que ratificava a visão estigmatizadora da loucura. Comumente, no campo da psiquiatria a ótica com a qual se abordava os usuários considerava a descrição de seus sintomas, tanto como forma de avaliação do caso, quanto para caracterizá-lo a partir de seus traços psicopatológicos.

Os usuários identificam e associam algumas mudanças nas suas vidas ao início do tratamento no Caps. Existem mudanças consideradas positivas – porque o sujeito não precisa necessariamente se isolar do mundo para se tratar – enquanto outras são compreendidas como negativas – porque há necessariamente uma mudança na rotina de vida estabelecida antes dos mesmos adoecerem³²⁴.

“No início até eu gostava mesmo, achava legal. Gostava de musicoterapia, tudo era novidade, era legal e tal. Mas agora, para mim não é nada. A única coisa que está sendo útil é que eu estou podendo trabalhar naquele projeto, na bolsa-usuário, isso está sendo legal. De certa forma está sendo legal. Depois que acabar, como é que vai ser?” – Dionísio, usuário.

³²⁴ Os usuários que fazem referência a este ponto foram atendidos pelo Caps desde o primeiro surto, não tendo, portanto, numerosas internações psiquiátricas.

“Mudou, é... Mudou muito [a vida dele após o início do tratamento no Caps]. Eu gostava muito de ficar com a minha família na minha casa. Lá com a minha família em casa [...] unida. Eu gostava de trabalhar perto da minha casa mesmo, porque era mais perto. Eu, eu fazia um monte de coisa lá, fazia compra pra minha mãe pra minha casa, ia na padaria” – José, usuário.

Apesar do Caps ser uma instituição, cujo serviço pretende ser diferenciado no cuidado com o sofrimento psíquico, precisa estar constantemente repensando o que oferece. Esse é um desafio para o campo da saúde mental: um serviço diferenciado que acaba por reviver situações de normatizações que acarretam implicações no êxito terapêutico do tratamento. Isso porque, para um serviço com este perfil não basta oferecer um atendimento com qualidade, pois sua oferta de atenção e cuidado tem que ser de qualidade e voltada para os sujeitos que são singulares. O desafio está em encontrar um ponto mediano entre a sua organização institucional e a diversificação das atividades que oferece aos usuários.

Desse prisma, podemos afirmar a existência de uma contradição em relação ao Caps: é um serviço que tem no seu escopo uma proposta de atendimento singularizada, mas em relação à sua lógica organizacional se aproxima de uma instituição e como tal necessita do estabelecimento de uma rotina e de normas que organizem seu funcionamento. É um serviço que deve oferecer uma forma de cuidado singular dentro de uma lógica institucional.

Comumente, o que faz um sujeito ter um mínimo de pertencimento em relação aos demais é a possibilidade dele conseguir estabelecer uma rotina mínima que seja reconhecida socialmente como padrão. Quando isso não é possível, não raro ele é tratado de forma diferenciada, podendo ser protegido, tutelado, alijado, entre outras coisas.

Entretanto, os usuários, além de terem a sua rotina alterada, estão no Caps em virtude de uma problemática que os exclui, também, de participar como iguais da vida social e de serem reconhecidos e aceitos nesta participação. Neste sentido, por mais que prefiram o Caps ao manicômio, ainda assim estar no Caps (ser “doente mental”) gera um impacto negativo nas vidas.

4.2.2. Autonomia

Todos os usuários entrevistados mostraram uma certa dificuldade inicial ao serem convidados a falar sobre a sua rotina diária. De uma forma geral, o nosso interesse por este assunto parece ter causado uma certa estranheza, demonstrando a pouca habilidade por parte dos usuários a falar sobre o assunto. Foi interessante vê-los construindo conosco uma reflexão sobre as suas rotinas, (re)elaborando sensações, sentimentos e dando sentido a alguns acontecimentos.

No que tange a essa categoria, percebemos que os usuários entrevistados conseguem minimamente identificar os seus desejos e objetivos e em certa medida fazer as suas escolhas, a partir do que desejam realizar na vida. Isto aparece na fala de cada um deles em níveis variados, mas assumindo uma importância fundamental, especialmente para aqueles que já experimentaram o poder do silenciamento de uma internação psiquiátrica.

As falas demonstram que os entrevistados conseguem identificar as suas vontades/desejos e vislumbram a possibilidade de deliberar sobre elas. Associam a essa capacidade a idéia de estarem livres.

Estar livre (no sentido do tratamento não estar mais condicionado exclusivamente à internação), mas ainda assim depender de um terceiro para conduzir a vida cotidiana é reconhecido como uma pseudo-liberdade. Uma coisa é não ter condições concretas e precisar de auxílio, outra é que este “suporte” seja conferido compulsoriamente sob a justificativa abstrata da falta de capacidade genuína do louco.

“A liberdade de ser doente [...], isolado, não é liberdade, é um retorno à idade média quando os doentes mentais vagavam pelas ruas e as crianças lhes jogavam pedras” (H.Santiestavan, 1976, p. 44 apud Castel, 1980 p. 250). Para Bauman (1998, p. 39), a liberdade é uma relação de poder, e uma pessoa somente é livre quando pode agir em conformidade com sua vontade para alcançar os seus objetivos.

Mas de que liberdade estamos falando? Ou melhor, que liberdade é possível numa organização social que se construiu sobre princípios de liberdade onde esta significa, em última instância, a prerrogativa de estar inserido na esfera produtiva? Do ponto de vista de Bauman (1998), a liberdade é sempre relativa, pois ela é medida na comparação com a capacidade de outras pessoas conseguirem também alcançar seus objetivos cada um ao seu modo.

Para Basaglia, sendo a liberdade defendida pela organização social como a prerrogativa de quem trabalha e quem está impedido de estar no mundo do trabalho, “torna-se objeto do processo de invalidação, mediante a exasperação de um aspecto qualquer da vida que possa suscitar a suspeita de uma anormalidade [...]” (2005, p. 276).

“Eu gosto, assim, música, tocar violão. Eu gosto de fazer teatro; gosto de trabalhar como ajudante na cozinha. Gosto de poder fazer estas coisas que eu gosto” – José, usuário.

“Eu gosto muito de praticar capoeira. A capoeira é a coisa que eu amo. Ai eu pratico capoeira, quando eu estou bem! Vou na casa do colega, busco colega. Graças a Deus eu tenho colega, alguns colegas! Isso é bom! Porque é paciente mental, muita gente fica receosa. Eles não. Me tratam bem”. – João, usuário.

“Eu, graças a Deus eu ainda tenho essa liberdade” (sobre ele fazer escolhas e tomar as decisões do dia a dia) – João, usuário.

“Não tenho liberdade para escolher o que fazer [...] tenho que fazer o que a minha mãe quer” – Dionísio, usuário

“Eu tava terminando meus estudos, tentando terminar meu estudo no segundo grau, à noite. Tinha que sair de casa às cinco horas, pra seis horas, pra seis horas estar lá, e sem fazer bagunça. Tinha que chegar no horário certo porque, sabe por que? Se eu chegar sete horas, se eu chego sete horas só pode chegar sete horas quem trabalha à noite. Quem não trabalhava, tinha que chegar mais cedo, no horário certo, pra pode entra no colégio. Se chega às sete horas quem não trabalhar ia fica sem assistir a aula! [...] O povo ficava danado, eu ficava danado também, mas comigo não pegava nada porque eu chegava sempre às cinco horas, seis horas já estava lá para poder estudar” – José, usuário.

Compreendemos que, para estes usuários, ter amigos, estudar e a possibilidade de ter o mínimo de inserção na esfera produtiva conferem um certo *status* de cidadania.

O fato de possuir amigos, de conseguir fazer planos e cumprir com determinadas rotinas estabelecidas atesta uma certa aceitação, configurando um vínculo de pertencimento social do sujeito.

A compreensão de cidadania a partir do olhar dos sujeitos entrevistados apresenta-se como complexa e contraditória, vinculada a coisas que possivelmente para os ditos “normais” não são tão valorizadas porque, embora se constituam como o máximo de sociabilidade, estão impregnadas ao seu cotidiano, de forma que são consideradas coisas triviais.

Identificamos que poder tomar decisões de forma autônoma e conseguir se inserir nas “regras” estabelecidas para o cumprimento de determinadas atividades, assim como não depender de outros para se dirigir aos lugares é motivo de satisfação para estes sujeitos. É relevante para eles a possibilidade de poder participar do espaço da *polis* e ser reconhecido, por isso, como um de seus integrantes legítimos.

Não obstante, para o sujeito que tem algum transtorno psiquiátrico romper com a lógica da “dependência necessária”, que se justifica na “doença”, ainda é um limite importante. Percebemos pelas falas a representação social em torno da loucura como algo ainda associado ao descontrole e a um certo limite de discernimento.

“Ai eu saio, eu ajudo minha mãe em casa. Faço as compra. E converso com os meus amigo. Lavo roupa. Comida eu não faço porque eu não sei fazer muito bem, mas eu

ajudo minha mãe em casa, nas compra e faço o que ela manda. Eu tenho que fazer [o] que é certo” – José, usuário.

“O que me irrita também é que eu não tenho a chave de casa. Ela [mãe] acha certo, ela acha certo de não me dar a chave, porque eu não mereço a chave. E as pessoas e os vizinhos falam: tem que fazer uma chave pra você e tal. Aí uns falam: ih! tá de castigo, ih! tá de castigo todo dia. Eu concordo com os vizinhos, eu devia ter a chave, se pelo menos eu tivesse a chave eu abria...eu abria a porta, entrava lá, ficava lá, tudo bem. Mas não, tenho que ficar fora de casa, se tiver sol tem que ficar no sol, no calor, se tiver chuva tem que ficar pegando chuva. `As vezes mesmo com guarda chuva tô lá sentado na porta da minha casa, lá [...] com guarda chuva, ali esperando minha mãe. Ela acha que eu não posso ficar sozinho, se eu ficar sozinho eu vou fazer alguma besteira e tal. Ela acha que eu não posso ficar sozinho e isso me incomoda” – Dionísio, usuário. Grifo meu.

A confiança é estabelecida na medida em que o indivíduo cumpre as solicitações realizadas por outrem. Conseguir responder a isto o faz caminhar na direção de uma conduta considerada “normal”. Mas por outro lado, *fazer o que me mandam porque é o certo* nos remete a pensar que é a idéia que o sujeito em de si é a de que não é capaz de passar da prévia ideação para a concretização da ação, e por isso necessita de alguém para não só lhe dizer o que e como fazer, mas no limite para pensar por ele.

Esta postura pode ser ao mesmo tempo um reflexo e uma reprodução da inscrição da loucura no campo da razão/desrazão que nos remete necessariamente a um outro campo que é o da inclusão/exclusão. Quanto a isso, Bezerra Jr. alerta que “descrever a loucura como negatividade de uma razão que se impõe como normativa é condenar o louco à condição de excluído daquilo que definiria a própria humanidade do homem” (1992, p. 118).

Por vezes, a “doença mental” pode conferir sentimentos de suspeição, especialmente para a família, como evidenciam as falas acima. O usuário não pode estar sozinho em casa, mas pode ficar na rua porque esta talvez não ofereça tantos riscos, afinal é um espaço onde ele está “protegido”, por estar às vistas dos outros e poder ser “socorrido” em qualquer situação. Se

sozinho no espaço privado da casa, ele pode não estar suficientemente protegido, em muitos casos de si mesmo.

Este tipo de atitude por parte da família indica que ela ainda não estabeleceu um grau mínimo de confiança no tratamento e em seus possíveis avanços, demonstrando que ela precisa ser alcançada pelo Caps e incorporada no tratamento do usuário.

Se a autonomia está atrelada à possibilidade de decisão acerca de objetivos pessoais, qualquer postura que cerceia este princípio³²⁵ representa uma obstrução no exercício da capacidade autônoma do sujeito, podendo conferir a idéia de uma liberdade vigiada.

√ A importância da valorização da família no trabalho em saúde mental

A família pode ser um instrumento valorizado no trabalho dos serviços de saúde mental. O medo de um ente “fazer besteira”, de prejudicar a si ou a outrem ou “da mãe ter sempre razão”, pode ter como consequência práticas de cerceamento, tutela e não investimento na autonomia e nos desejos do sujeito. Este discurso por parte dos familiares demonstra, por um lado, a dimensão cultural do significado da loucura no imaginário social, e por outro, reafirma a necessidade de realização de um trabalho mais perto dessa família, no sentido de tentar ajudá-la a identificar e suportar as dificuldades e/ou superar os limites existentes.

“O trabalho com a família é muito importante. A gente tenta trabalhar com a família, modificando também o núcleo familiar. A gente tem casos de pessoas que não conseguem estar aqui, não conseguem entender isso daqui, não conseguem acreditar no que a gente faz, tem dificuldade [...] a questão da internação ainda está muito presente, a contenção, às vezes, também” - Maria, profissional.

³²⁵ A não ser nos casos em que as ações de alguém sejam prejudiciais à outras pessoas.

Em muitos casos a família ainda lança mão da internação como uma forma de controle ou mesmo de punição do usuário. E é possível que ela perceba que a internação é um ato negativo na vida do sujeito, visto que, não se ameaça ou se pune alguém com algo que consideramos positivo.

Em parte, esta atitude pode acontecer porque o sentido da questão sobre como tratar a loucura ainda não foi ressignificado para esta família. Certamente, há limites concretos em lidar com um membro com diagnóstico de “doença mental” é alguém, por exemplo, que possivelmente não estará inserido na esfera produtiva e mais ampla da sociedade.

Pode existir uma dificuldade da família em apostar e investir num tratamento que não reproduza as práticas históricas de autoridade e poder na relação com a loucura, como é o que se espera do Caps. Numa relação deste tipo pode ser difícil o investimento da família, em relação ao usuário, nas suas habilidades e capacidades de exercício de autonomia, ainda que o próprio usuário as identifique. Isto ocorre porque os membros que compõem uma família estão inseridos na mesma lógica societal que padroniza comportamentos e expurga os que não se “adaptam”. Além disso, existe uma dificuldade concreta em superar a idéia socialmente construída em torno da loucura (estigma) e da função da psiquiatria e do manicômio.

Uma vez identificado pelo serviço responsável pelo atendimento ao usuário, esse limite na relação daquele com a sua família não pode ser negligenciado, visto que, em alguns casos esta pode se tornar uma extensão do hospital no sentido de perpetrar a exclusão do “doente mental”.

Neste sentido, Basaglia (2005) afirma que o trabalho de desinstitucionalização ultrapassa os limites dos serviços de saúde, indo necessariamente em direção à comunidade e às famílias.

[...] Não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio. E, então, o processo de desinstitucionalização do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família têm, fundamentalmente, as mesmas características (2005, p. 154).

Em relação à questão da autonomia percebemos, de uma forma geral, que ela é um componente considerado importante na forma de estar no mundo desses sujeitos. Ela propicia que eles ocupem determinados espaços sociais importantes para o processo de socialização, como por exemplo, a escola. E aparece bastante associada à noção de liberdade, de poder fazer determinadas coisas sem ser impedido por outra pessoa, de poder circular no espaço social e ocupar este espaço da forma que bem entender. Não é difícil entender a relevância desta questão em especial para os “doentes mentais”.

A reforma psiquiátrica e a busca da cidadania do louco implicam, por um lado, um investimento na revitalização da noção de autonomia, deslocando-a do sentido que adquire na sociedade capitalista, onde é comumente definida e percebida como uma certa inserção na esfera produtiva (Fleury, 2004). Por outro lado, requerem a “constatação de que estes [os loucos] não têm qualquer dívida para com a nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade” (Birman, 1992, p. 88).

4.2.3. Expectativa de Futuro

Buscando identificar a existência de projetos futuros foi perguntado aos usuários como eles viam as suas vidas no futuro. Suas expectativas apareciam, na maioria das vezes, associadas ao que para eles representa o “estar normal”.

Em relação ao segmento dos usuários, 4 disseram ter projetos para o futuro, enquanto 1 demonstrou que não consegue planejar o futuro, identificando a “doença mental” como um limite de existência no mundo.

“Eu queria estar normal [...] poder fazer corte e costura, mas eu não consegui nem pegar na máquina, fiquei doente. Me dá uma ansiedade pra fazer tudo, tudo ao mesmo tempo, eu não consegui fazer nada. Minha vida no futuro?” – Joana, usuária.

“Eu não tenho planos pro futuro e tal... eu pretendo continuar assim. Se bem que eu não sou feliz... como eu tô...com a vida que eu levo e tal, mas eu não vou conseguir mudar” Dionísio, usuário.

“Eu já pensei em trabalhar, pensava em trabalhar, pensava em...formar família, uma namorada tal...mas agora, depois que eu fiquei assim? Agora, o único sentido que eu tenho nessa vida é quando eu deito a tarde e vejo essas duas novelas” – Dionísio, usuário.

“É que eu não tenho mais vontade de viver, porque nunca ia imaginar que ia ter um problema assim” – Dionísio, usuário.

Parece que viver com a marca social de ser “doente mental” é tão insuportável que alguns sujeitos não se permitem pensar sobre o futuro e construir projetos individuais. Como se que para estes usuários não fosse possível viver “apesar” da doença mental. Esta por sua vez não é necessariamente um impeditivo para que o sujeito leve uma vida que se aproxima do que consideramos “normal”. A doença mental é uma doença crônica que como outras gera algumas restrições e constrangimentos

para quem a possui. Por exemplo, o fato de ter que fazer um acompanhamento médico e uso contínuo de medicamentos gera por si só algum nível de desgaste por interferir na rotina de vida “normal” dos sujeitos, independente do tipo de doença que se tenha.

Para além disto a própria sociedade faz o movimento de excreção dos loucos, colocando-os na posição de quem não pode prever o futuro e ter projetos de vida porque não possuem nenhum lugar de reconhecimento na sociedade.

Desta forma, “a doença é prevista como um estado contra o qual é preciso lutar para poder continuar a viver, isto é, que ela é prevista como um estado anormal, em relação à persistência da vida que desempenha aqui o papel de norma” (Canguilhem, 2002, p. 107). Neste sentido, acerca das noções de saúde e doença Canguilhem revela:

A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal [...] Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência a fim de provocar a modificação desta (2002, p. 54).

A sociedade se ocupa em valorizar esta construção em torno do que seria não a saúde perfeita, mas a conduta perfeita. Para ilustrar cabe aqui pensar a função social imputados à psiquiatria. Para Basaglia ela está em “sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente ‘recusa’ aqueles que não se integram no jogo do sistema”, ou seja, que não possuem a conduta perfeita. E mais adiante o autor afirma, ainda, que:

[...] Esta ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico-terapêutico, limitando-se esta à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não é, onde a “norma” não é um conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante (1994, p. 18).

Neste sentido, no que tange à significação social que assumem, saúde e doença são categorias orientadoras de valores. Somos influenciados constantemente por tais significados que influenciam e norteiam normativamente os nossos comportamentos

interferindo as nossas escolhas acerca do que é permitido ou não e do que deve ser evitado ou não. Entretanto, Basaglia aponta que o valor dado ao homem deve superar o valor que se confere à saúde ou à doença.

Isso significa compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença; a doença, como qualquer outra condição humana, pode ser usada como instrumento de apropriação ou alienação de si, portanto, como instrumento de liberação ou de domínio; o que determina o significado e a evolução de toda ação é o valor que se atribui ao homem e o uso que se quer fazer dele [...]; com base nos diferentes valores e usos do homem, saúde e doença adquirem ou um valor absoluto (positivo numa, negativo na outra), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente quanto à norma, ou um valor relativo, na qualidade de acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenvolve entre saúde e doença (Basaglia, 2005, p. 231).

De acordo com as falas, podemos perceber que para estes entrevistados pouco importa se estão a circular e dividir o mesmo espaço social dos ditos “normais”. A imagem que têm de si é a do viscoso, a que faz referência Jean-Paul Sartre em *Le visqueux* (1969). O viscoso é para alguns aquilo que não se mistura, aquilo sobre o que não se tem controle, que impregna e causa a perda de liberdade. A identidade destes sujeitos se construiu a partir da sua pertinência psiquiátrica; estranham a si e são estranhados pelo mundo. São os Outros, distantes que se sentem dos demais.

Neste sentido, podemos inferir, a partir da análise das falas, que o Caps, considerado por muitos um dispositivo estratégico no processo de reforma psiquiátrica, tem feito avançar pouco as mudanças no âmbito sócio-cultural. A compreensão da loucura pelo imaginário social ainda está, em certa medida atrelada aos mesmos valores que a definiram como “ausência de obra” (Birman, 1992) onde apenas através da “conversão ortopédica do bem dizer e do bem fazer” (idem, ibidem) os loucos podem alcançar algum nível de reconhecimento e se inscrever no estatuto de cidadania nesta ordem social.

√ O trabalho como um eixo estruturante da relação com o mundo

A relação com o trabalho é recorrente na fala dos usuários quando se trata de planos para o futuro, porque o trabalho é associado a uma atividade comum de quem “está normal”. A maior parte dos sujeitos inclui a realização de uma atividade produtiva como uma parte extremamente importante no seu projeto de vida para o futuro.

“*Todos somos iguais*” (?), mas a inserção de cada sujeito na sociedade é paramentada por suas condições objetivas de inserção na esfera produtiva. O trabalho enquanto atividade de transformação da natureza é categoria fundante da história da humanidade, na mesma medida em que o trabalho assalariado o é da sociedade capitalista. É um dos instrumentos de mediação das relações entre homens e natureza, entre homens e homens e entre homens e Estado. Entretanto, em dado momento foi preciso dotar o trabalho de uma positividade:

O trabalho nem sempre foi uma “necessidade” como colocada nos dias atuais, em alguns momentos era, inclusive, um demérito³²⁶. Mas na sociedade capitalista o trabalho é a força motriz, pois é através dele a única forma de se produzir riqueza (privada). Tornou-se, então, necessidade de primeira ordem eliminar a representação negativa acerca desta atividade, forjando, ao contrário, uma idéia positiva em relação à ela³²⁷. Neste sentido, a burguesia mostrou-se muito eficaz engendrando a idéia do “vagabundo” vinculada ao sujeito que resistia ao trabalho, ou estava à margem dele.

Todos os usuários entrevistados afirmaram a importância do trabalho nas suas vidas, e que sua ausência compromete a construção de outros projetos. Nesta ótica, o trabalho propicia também um reconhecimento social que imprime positividade à existência do sujeito, como se fosse atribuído um referencial valorativo diferente para quem trabalha e outro para quem não trabalha.

“Eu quero trabalhar normal, que nem todo mundo” – Dionísio, usuário.

³²⁶ Na Antiga Grécia trabalhar era um opróbrio, na Idade Média era uma função qualquer como comer ou dormir, no ethos camponês ocupar-se com uma tarefa faz parte do dever de ser um bom camponês, contribuindo para a manutenção do equilíbrio produtivo do grupo” (Bourdieu apud Jardim, 1997: 80)

³²⁷ Os ditos populares são um exemplo: “o trabalho enobrece o homem”. “Deus ajuda a quem cedo madruga”.

“Mas to querendo um emprego assim, melhor. De carteira assinada, é isso que eu to precisando. Porque a pessoa sem emprego, não sei. Conseguir eu consigo sim! Basta eu estudar e ter força de vontade e querer. Entendeu? – José, usuário.

“Trabalhar é importante. É importante. Eu quero voltar a trabalhar. Eu já trabalhei em casa de família, mas doente assim ninguém quer não. Quero poder trabalhar igual a antes” – Amélia, usuária.

A compreensão que os usuários entrevistados apresentam sobre o trabalho não difere da representação que ele assume para outros sujeitos sociais.

Os entrevistados percebem o trabalho como algo condicionado à uma melhoria de vida, à algo que seria positivo nas suas vidas, como se fosse o parâmetro que atestasse um certo grau de “normalidade” em contraposição à incapacidade agregada à condição de “doente mental”.

Basaglia, ao deter-se sobre a discussão do “desvio”, alude que na nossa sociedade as normas coincidem diretamente com a lógica da produção e que quem está à margem desta é classificado como desviante. Aquele que não consegue adentrar no espaço produtivo e “positivo” do trabalho “vê-se cortado do mundo, privado de identidade e de direitos” (2005, p.275). Estar inserido na esfera do trabalho tem um efeito de validação da existência social do sujeito.

[...] Uma vez identificada a norma com a eficiência e a produtividade [...] tudo o que está fora dessa lógica cai sob a marca da invalidação, para a qual existem as instituições adequadas e as ideologias científicas específicas: instituições e ideologias cuja tarefa é a de tutelar e salvaguardar a liberdade de quem age dentro do contrato, mediante o controle total da existência de quem não faz parte dele. A organização social defende, portanto, os princípios de liberdade sobre os quais se constituiu, delegando às instituições a gestão das necessidades dos cidadãos, segundo pertençam eles ao mundo da contratualidade ou ao da invalidação. O mundo da invalidação coincide com a improdutividade social, que deve ser incluída na nova racionalidade, por meio de um sistema de aparatos institucionais destinados a bloquear qualquer possibilidade de expressão autônoma dos sujeitos que eles gerenciam (Basaglia, 2005, p. 275-6)

No caso em tela, aqueles definidos como “doentes mentais” não tiveram e não têm um acesso significativo ao mundo da produção. E neste caso específico, essa ausência se justifica mais pela associação negativa da incapacidade à loucura do que por causa das mudanças na lógica do trabalho.

“Eu tive que dar uma entrevista, pra saber como é que eu ia me empenhar no trabalho, se eu ia saber cumprir com as minhas obrigações como homem assim, como trabalhador. Antigamente, quando eu ia lavar a louça no trabalho dava preguiça, eu não lavava direito as coisas, ai que eu fui caindo na realidade. Ai eu falei assim, não, num vou ficar assim não. Se eu não trabalhar como é que eu vou viver? Como é que eu vou fazer pra comer pra botar comida lá em casa?...” – José, usuário.

Realizar uma atividade laborativa permite um certo reconhecimento social. Ao contrário, não se sentir produtivo, do ponto de vista da inserção no mercado de trabalho, constitui-se como uma desonra para o sujeito, especialmente para o homem, visto que a construção social acerca do que é ser homem definiu este como o provedor, o responsável, aquele que tem a força e para quem não há outra possibilidade de existência social que não seja a de produzir, respondendo a essa expectativa.

Sabemos que as pessoas em sofrimento psíquico não são as únicas atingidas pelas transformações que assolam o mundo do trabalho, desorganizam a classe trabalhadora e reestruturam o trabalho na sociedade capitalista.

É sabido que outros segmentos também são atingidos pela exclusão e ausência de cidadania plena como, por exemplo, os negros e as mulheres. Não é nosso objetivo reduzir o

mérito das lutas destas maiorias que foram historicamente transformadas em minorias, mas acreditamos que a exclusão destes segmentos tende a diminuir na mesma medida em que aumenta a sua própria organização enquanto movimento reivindicatório e conforme surjam políticas para dar conta dessas problemáticas.

Entretanto, o que é significativo para esta discussão é que, embora outros sujeitos também estejam excluídos do mercado de trabalho, certamente lá estão representados. No caso da saúde mental, não há representatividade deste grupo no mundo do trabalho. Não se trata aqui somente das conseqüências das transformações no trabalho ocasionadas pelo neoliberalismo. Trata-se, antes de tudo, de uma exclusão histórica do acesso deste segmento aos direitos de cidadania e ao trabalho.

A inserção na esfera produtiva de alguns dos usuários entrevistados ocorre através de um projeto de trabalho protegido denominado Bolsa-usuário. De acordo com o projeto, alguns usuários são selecionados para trabalhar em determinados setores que podem ser no próprio Caps ou em outro serviço, como o PAM Bangu. A remuneração recebida é de R\$ 110,00³²⁸. A forma de entrada no projeto é via seleção em que os interessados (usuários do Caps Lima Barreto) enviam os currículos para o próprio Caps e participam de uma entrevista.

No caso do Caps Lima Barreto, alguns usuários trabalham em setores no PAM, como o arquivo, por exemplo. Outros trabalham como auxiliares de cozinha no próprio Caps. São atividades em geral de baixo reconhecimento social, que não demandam habilidades complexas. Entretanto, alguns profissionais reconhecem essa iniciativa como capaz de veicular uma noção de utilidade social aos sujeitos.

³²⁸ Essas informações foram fornecidas por profissionais, depois que fomos informados de que não existia um projeto construído sobre o Bolsa-usuário.

“Então, se ela está trabalhando não é tão incapaz. Isso tem uma importância para a família e pra ele também. Não é nem tanto pelo dinheiro, mas por ser capaz” – Lúcia, profissional.

“A gente muda muito a visão das pessoas, nesses locais de trabalho que têm essa ‘Bolsa-usuário’ (...) nesses setores as pessoas, hoje, têm uma visão completamente diferente” – Lúcia, profissional.

“Até porquê tem essa coisa da incapacidade imposta pela sociedade. Algumas pessoas consideradas normais também são irresponsáveis no trabalho em determinados momentos, ou chegam atrasadas e coisas assim. Não é a doença que caracteriza isso. Tem algumas coisas, principalmente com relação ao trabalho, mas nem todas. Algumas estão ligadas à impossibilidade de trabalhar, não porque a pessoa seja vagabunda. Mas aí tem um contexto que impede que ele vá trabalhar. Mas também existe um contexto que faz com que o cara que é funcionário público não vá trabalhar ou trabalhe mal. Não é a doença que caracteriza isso, apesar de estar associada à incapacidade” – Mauro, profissional.

Segundo avaliação dos profissionais, a experiência de trabalho protegido, neste caso, rompe com o estigma da incapacidade e inutilidade, o que tem implicações positivas para o sujeito em relação à sua auto-estima. A noção da falta de capacidade do “doente mental” não é uma consequência da enfermidade ou do sofrimento, é produto de uma posição discriminatória histórica tomada por aqueles que se consideram “normais”. Saraceno alude que a noção de quem é normal deve ser relativizada, tendo em vista que os “normais” em algum momento de sua vida normal serão também diferentes, entre outras coisas pelas necessidades específicas que apresentarão (1998, p.16).

Entretanto, a fala de um usuário demonstra sua percepção acerca do sentido que a atividade desempenhada a partir da sua inserção no projeto Bolsa-usuário assume para ele:

“O serviço que eu faço lá é ficar carimbando, ficar rasgando, cortando papel e tal. Umas coisas assim muito fáceis. O meu horário de chegar lá é sete horas, que às vezes eu chego lá quase oito horas, e não sou chamado atenção. Se tiver que faltar [...] não tudo bem, se eu tiver trabalhando devagar, tiver enrolando eles não tão nem aí. Então, para mim não tem muito sentido” – Dionísio, usuário.

Para este sujeito, o fato de estar sendo tratado diferentemente do que minimamente se espera em um local de trabalho é percebido como desvalorização, como se as atividades que lhe foram delegadas fossem de menor importância e não demandassem necessariamente um perfil profissional para exercê-las. A possibilidade desta atividade proporcionar um certo nível de reconhecimento social fica comprometida, afinal de contas, alguém é considerado um bom profissional porque corta bem pedaços de papéis?³²⁹

Alguns argumentam que o fundamental no campo da saúde mental não é tanto o trabalho exclusivamente enquanto inserção no mercado (formal ou informal) que gera alguma remuneração, mas enquanto atividade que proporciona um sentimento de utilidade social, podendo gerar algum nível de reconhecimento. E neste sentido, uma alternativa viável seria a reatualização de antigas práticas como as hortas, por exemplo. Não obstante, considerando a condição de vida da esmagadora maioria da população e a lógica sobre a qual se fundam alguns princípios na sociedade capitalista, acreditamos que para além do sentimento de utilidade, a possibilidade de receber pelo emprego de sua força de trabalho seja fundamental e gere reconhecimento social. Até porque, numa sociedade fundada pela compra e venda da força de trabalho, é complexo desvincular totalmente o reconhecimento social dessa relação de remuneração por tempo empregado.

³²⁹ Não entraremos no mérito da função terapêutica de determinadas atividades de produção, como é o caso de oficinas de artesanatos, bazar etc... Entretanto, essa não nos parece ser a principal função do projeto Bolsa-usuário.

Por outro lado, a possibilidade de trabalhar, de sair do espaço “protegido” permite a construção de outra identidade que não a da enfermidade. Em conferência realizada no Rio de Janeiro em 1998, Benedetto Saraceno conta um episódio vivenciado por ele em visita a uma experiência de reabilitação para “doentes mentais” dentro de um hospital psiquiátrico. Lá, alguns pacientes produziam objetos de terracota e os enviavam para as barracas que ficam expostas em pontos estratégicos da cidade, que era constantemente visitada por turistas. Ao perguntar a um paciente se ele vendia bem os produtos que produzia, Saraceno recebe a seguinte resposta: “não vendemos nada porque os turistas não são burros e compram artesanatos de melhor qualidade em outras barracas, os nossos são feios”.

Anos mais tarde, Benedetto retorna ao hospital. Os pacientes não trabalhavam mais lá. Tinham agora uma tenda própria na cidade. Dirigindo-se até a tenda, repete a mesma pergunta de antes e escuta como resposta: “Não vendemos nada! Mas antes eu era um psicótico que fazia um artesanato feio. Agora eu sou dono de uma barraca de artesanato numa cidade, psicótico ainda. Os negócios andam muito mal para mim, como para muitos nesse país. Somos comerciantes em dificuldades” (Saraceno, 1998, p. 15).

Esta passagem demarca bem as contradições da relação exclusão/inclusão social. Não importa mais se aquele homem era “doente mental” ou não. Isto assume uma posição secundária. Antes de “ser doente”, ele se via como um cidadão, dono de um negócio que passava pelas mesmas dificuldades que outros comerciantes na mesma posição, psicóticos ou não.

Basaglia avança que é nesse processo de inclusão/exclusão do mercado de trabalho que os loucos se tornam socialmente visíveis.

A exclusão deles [loucos] é justificada pela inabilidade, a qual, por sua vez, está circularmente baseada em critérios de inclusão. Embora “libertado” da genérica associabilidade encerrada nos cárceres, o louco não pode encontrar uma colocação na ordem racional da sociedade, na medida em que não a encontra na ordem produtiva desta (2005, p. 300).

Para Rotelli (1994) o trabalho não pode ser transformado ou confundido com o tratamento porque é um direito de cidadania e porque na nossa sociedade ter um trabalho e aferir uma remuneração a partir dele constitui um elemento de saúde mental.

Neste sentido, o trabalho se configura como veículo integrador na sociedade, tendo em vista que os sujeitos se socializam, entre outras coisas, a partir dele, e desta forma suas experiências laborativas, para além da garantia de possibilidade de reconhecimento social e garantia de sobrevivência em termos materiais, aproximam os sujeitos dentro de uma ótica de pertencimento tanto de utilidade como de autonomia. Estar inserido no mundo do trabalho (formal ou não) pode minimizar o cerceamento social dos sujeitos alijados por décadas do tecido social.

Contudo, sabemos que isto é um desafio, visto que a lógica predominante em uma sociedade, em geral, não comporta externalidades, ou seja, não acolhe outras lógicas, não padronizadas, onde outros símbolos e significados são valorizados.

4.2.4. Percepção sobre Reconhecimento Social

√ Reprodução x negação do estigma³³⁰

Foi perguntado aos profissionais o que eles achavam sobre a loucura. Os respondentes afirmaram que a loucura é um tipo de sofrimento e que é algo próprio do viver humano, que não pode ser medido ou classificado apenas pelo quadro sintomatológico.

Um conjunto de falas aponta para a compreensão da loucura como condição inerente à vida. Outras falas evidenciam o reconhecimento da loucura como um tipo de sofrimento que precisa de formas específicas de intervenção.

“A loucura para mim é viver! Viver é uma grande loucura! Mas eu acho que loucura não é nada tão distante. Quando você não conhece a loucura,

³³⁰ Categoria utilizada na pesquisa Pesquisa: *Avaliação da Inovação Social em Políticas Públicas: Estudo dos Programas Favela-Bairro e Morar-Legal*. FGV/EBAPE/PÉEP/Observatório de Inovação Social. Pesquisa coordenada pela Prof. ^a Dr^a Sonia Fleury.

“você entende a loucura como uma coisa que não te pertence. Mas quando você passa a entender a loucura, aí você percebe que ela te pertence também! Todos nós somos loucos, cada um do seu jeito! Cada um com a sua loucura, mas todos nós somos loucos. Então é assim, nós somos tão loucos que a gente consegue viver. Eu acho que ela faz parte do dia-a-dia no contexto de todos nós” – Mauro, profissional.

“É uma forma de dizer socorro, socorro eu preciso ser ouvido, socorro eu preciso ser olhado, socorro eu preciso ser tratado, socorro vocês estão loucos porque o que vocês estão fazendo é uma loucura e socorro eu preciso ser sentido. Eu falo isso de uma forma poética [...] A loucura não é de hoje, mas a gente tem vários olhares sobre a loucura, e hoje a gente tem um momento de consumo muito rápido, as coisas são rápidas, os nossos valores são rápidos, são construídos rapidamente. Essa produção de que você tem que ter, tem que se identificar com isso ou outro, e se eu não tiver isso me deixa mal. Quando você substitui as coisas rapidamente, isso é uma loucura. E nem todos podem acompanhar esse tipo de loucura. Então porque eu não posso embarcar numa outra loucura? E saber quem são os loucos é muito complicado, não é?” – Adalberto, profissional.

Numa interpretação quase filosófica, estes profissionais compreendem a loucura como condição *sine qua non* para estar no mundo, como algo inerente ao próprio viver humano. Nesta ótica, eles não atribuem um lugar diferencial para a loucura no mundo. De acordo com esta perspectiva, seríamos todos loucos com graus de loucura diferenciados, alguns demandando de maior cuidado e atenção do que outros. Esta compreensão da loucura se aproxima, em certa medida, da perspectiva antipsiquiátrica defendida por David Cooper³³¹. Nela, a loucura não é percebida como uma doença, mas sim como uma forma de comportamento não conformista com a ordem social estabelecida. Neste sentido, a única diferença entre loucos e não loucos, seria a libertação do comportamento dos primeiros.

Um outro grupo de falas indica, como já apontado, uma associação entre loucura e sofrimento.

“Eu tenho pra mim que a questão da loucura é uma questão que envolve muito mais do que um quadro seja psicanalítico, seja psiquiátrico. Os sintomas estão inseridos dentro de uma história. Ela é algo que se cristaliza enquanto sintoma, mas está muito ligada a uma dificuldade de

³³¹ Ver capítulo I.

relação com os outros, é um sofrimento [...] sejam esses outros familiares, vizinhos, colegas, conhecidos, pessoas na rua...” – Joaquim, profissional.

“A loucura eu acho que é um modo de existir, é um modo de estar no mundo. Uma razão diferente da razão das outras pessoas. Quem tem uma determinada falta de razão, para os padrões da sociedade é considerado louco” – Lúcia, profissional.

“É difícil responder isso...é sofrimento, eu acho que é um sofrimento que extrapola o suportável. Eu não percebo a loucura assim como um estigma...” – Maria, profissional.

A loucura é reconhecida por estas pessoas como uma forma particular de estar no mundo, como um tipo de sofrimento, que é socialmente reconhecido pelo sintoma, que estigmatiza, homogeneiza e classifica os sujeitos com sofrimento psíquico. Não à toa, o manicômio e outras instituições agiram no sentido de ratificar a divisão e proteger os são daqueles que não o são.

A problemática do sofrimento psíquico é muito mais complexa do que a forma a que foi reduzida e definida. A loucura foi encaixotada e colocada em prateleiras a partir dos sintomas exibidos, e a forma de intervenção a partir de então também foi fragmentada. Não por acaso Basaglia propôs colocar a doença entre parênteses para que o sujeito em sua complexa existência pudesse emergir.

O contexto de vida dos sujeitos, seu ambiente de vida, tem sido cada vez mais considerado como uma terceira variável (Saraceno, 1998, p. 5) na tentativa de superação do binômio mente-corpo como forma de compreender não só o adoecimento psíquico, mas a própria saúde.

Nossa interpretação sobre essa compreensão da loucura como um sofrimento ou como uma forma de estar no mundo diferenciada da definida socialmente como “adequada” é que ela demarca um movimento de superação do estigma que existe em torno do louco e da loucura.

O estigma é entendido por nós como sendo fruto da existência de impedimentos culturais que causam a falta de reconhecimento social de um grupo, dificultando a sua participação na vida social.

Sob este aspecto, romper com a visão estigmatizada da loucura seria um primeiro passo em direção ao reconhecimento social desses sujeitos como um segmento socialmente excluído.

Por outro lado, este grupo de entrevistados também reconhece que essa visão da loucura (como sofrimento e forma singular de estar no mundo) é particular e foi construída no cotidiano a partir da sua inserção profissional no espaço destinado ao tratamento da loucura.

“Essa é uma visão particular acho que de algumas pessoas, mas particular. Foi construído por mim, a partir das minhas vivências, do meu jeito de estar no mundo, de estar aqui. Claro com certeza que as pessoas não tem essa visão de mundo, a maioria das pessoas não vê a loucura assim” – Maria, profissional.

“A gente vê que as pessoas olham diferente, a gente vê até dentro do próprio PAM. O que acontece, às vezes as pessoas falam: esse daí deve ser paciente do Caps. Por alguma coisa que aconteça ali, uma pessoa que não está bem ou que está criando alguma confusão” – Lúcia, profissional.

“A loucura tem o quantitativo, que é tipo assim, a maioria normal... Quem é minoria, talvez não seja normal, que é o caráter mais quantitativo. E o caráter qualitativo, que é, desde que eu não faça parte da minoria. Se eu fizer parte da minoria, a gente rediscute o que é loucura” – Ana, profissional.

O sentido do que seja a loucura tem sido ressignificado especialmente para aqueles que lidam diretamente com ela. Sob o ponto de vista dos entrevistados, fora destes espaços o que ainda encontramos é uma leitura preconceituosa tanto da loucura quanto do trabalho de desinstitucionalização que vem sendo feito no Brasil ao longo desses mais de vinte e cinco anos.

Para estes respondentes, o louco ainda é visto socialmente como aquele que não possui autocontrole, que não é responsável e que pode tornar-se perigoso e agressivo a qualquer tempo.

“É interessante, sempre que as pessoas descobrem que eu trabalho na saúde mental, a primeira coisa das pessoas é assim ‘quantas vezes você foi agredida?’ Porque aí vem essa coisa de novela, de televisão: bom, é maluco vai agredir! É violento faz isso, faz aquilo [...] Eu trabalho na saúde mental há uns cinco anos e até hoje só dois pacientes tentaram me agredir... Eu tenho vários amigos que são clínicos, que não trabalham na saúde mental e são muito mais agredidos. Agredidos por acompanhantes de usuários. Sabe? Então é assim, por que a agressividade está remetida exclusivamente à Saúde Mental?” – Ana, profissional.

Essa leitura estigmatizada da loucura não é exclusiva de quem está distante da realidade dos serviços de saúde e saúde mental. Melhor dizendo, parece que a percepção da loucura como um sofrimento insuportável inerente ao viver humano é bastante restrita aos profissionais que estão diretamente inseridos nos “novos” serviços

e/ou projetos, inaugurados a partir da “nova” política de saúde mental. Isso sugere que a reforma psiquiátrica possui uma baixa visibilidade social e não consegue atingir os próprios profissionais de saúde.

A fala de um profissional traduz a sua compreensão acerca de como a loucura ainda é percebida nos espaços sociais

“Alguns têm pena do louco, esses que têm pena do louco ao lidarem com ele lidam de uma maneira infantilizada [...] Tem outros que têm total repugnância... Agora, cotidianamente tem estranheza” – Joaquim, profissional.

Retornando à discussão de que a loucura é algo socialmente insuportável, parece que ela não diz respeito a ninguém mais que não seja o médico, outros profissionais ligados ao tema, usuários e seus familiares. E tem sido assim porque, entre outras coisas, a loucura é a alteridade radical que coloca em questão não apenas a norma, mas a forma como as pessoas que se consideram “normais” estão inseridas no mundo.

O louco se assemelha à imagem da Górgona³³², que representa a alteridade radical. E o que historicamente temos feito com o que consideramos diferente, com essa alteridade radical? Como a sociedade capitalista ocidental historicamente tem lidado com a questão da diferença³³³?

A discussão que Peter Burker (2000) realiza sobre unidade cultural é bastante elucidativa para o debate proposto. O autor sinaliza para a existência de várias culturas, podendo haver uma que seja considerada hegemônica, tornando-se referência, mas não necessariamente suprimindo as demais. O interessante desta argumentação é percebermos o quanto incorporamos, ainda que inconscientemente³³⁴, a idéia de

³³² Segundo Vernant existiam na Grécia Antiga três figuras míticas que conferiam inteligibilidade à questão da alteridade. Uma destas figuras era a divindade mascarada da Górgona, que traduzia a alteridade radical, o afastamento e horror daquilo que é o indizível, o impensável. “A face da Górgona é o Outro, o nosso duplo, o horror de uma alteridade radical com a qual nos identificamos aos nos petrificarmos” (apud Amorim, M. 2001, p. 52).

³³³ Muito embora Hall (2004) nos aponte que as sociedades da pós - modernidade sejam caracterizadas pela diferença; “elas são atravessadas por diferentes divisões e antagonismos sociais que produzem uma variedade de diferentes ‘posições de sujeitos’ – isto é, identidades - para os indivíduos” (p. 17).

³³⁴ Já que os sujeitos incorporam as estruturas que o envolvem de forma inconsciente

unidade cultural e como conseqüentemente somos inclinados a não acolher e nos distanciar, do que não reconhecemos como pertencente a esta cultura.

A diferença é marcada pela idéia do estranho, do que foge ao que a sociedade considera o ‘padrão’ sócio-cultural. A loucura é justamente marcada por essa idéia da diferença e do estranhamento, numa sociedade caracterizada pela não resistência e inclusão da diferença. Mas, no caso da loucura especificamente, por que repelimos o estranho na sua alteridade radical? Resguardadas as especificidades entre ambos, parece que tanto Bakthin (1995) como Freud (1925) coincidem nas suas possíveis explicações para isto. Para ambos o “repúdio” ao estranho ocorre porque ele nos coloca exatamente na familiaridade, ou seja, existe uma dimensão de familiaridade colocada no estranho que faz com que nos distanciemos dele. A loucura, por exemplo, é um fenômeno que poderia ocorrer com qualquer sujeito. Essa alteridade radical, representada pela figura da Górgona, impõe de alguma forma uma dimensão de familiaridade ao Outro que causa a necessidade de afastamento. Nas palavras de Freud:

A natureza secreta do estranho, pode-se compreender por que o uso lingüístico estendeu das *Heimliche* [‘homely’ (‘doméstico, familiar’)] para o seu oposto, *das Unheimliche* ; pois esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo da repressão. Essa referência ao fator da repressão permite-nos, ademais, compreender a definição de Schelling do *estranho como algo que deveria ter permanecido oculto, mas veio à luz* (Ibid., p. 21).[grifo meu]

O estranho é algo que deveria permanecer oculto, mas veio à luz. E então o que fazemos com isto? Não é preciso titubear para responder a esta questão, considerando a já referida intolerância da sociedade para com a diferença. A sociedade desenvolveu um mecanismo que por muito tempo pareceu bastante eficiente (e para alguns ainda parece, pois continua a ‘esconder’ o estranho) para lidar com a diferença da loucura: instituição total. Nas palavras do antropólogo Levi-Strauss (1993) uma estratégia antropeômica: vomitando os sujeitos, expulsando os estranhos, condenando os loucos à reclusão e restringindo o seu convívio social.

Poderíamos afirmar que estaríamos passando de uma postura antropológica para um estado antropofágico, representado pelo movimento da absorção? Qual o risco de não superarmos as barreiras simbolicamente construídas para nos separar daqueles que não queríamos ver?

O risco é grande, e grande também é a possibilidade de lidarmos com a diferença da loucura sob o signo da tolerância, pela qual o núcleo de sentido em relação à loucura não é tocado, e a exclusão é reatualizada sob uma forma mais perversa e perigosa, porque mais sutil.

Contudo, cremos que um primeiro passo na direção de uma outra forma de lidar socialmente com a loucura e de garantir a cidadania deste segmento seja o seu reconhecimento social. Acreditamos, ainda, que este possa gerar um nível de *status* social para a loucura e diminuir a sua histórica exclusão social, além de permitir a incorporação da especificidade da loucura frente ao campo da cidadania³³⁵.

Para Fraser (2003, p. 56) a questão da exclusão passa necessariamente pelo reconhecimento social, assumindo uma perspectiva bidimensional, e qualquer política que tenha a pretensão de combatê-la deve combinar ações de redistribuição material e o reconhecimento, visando alcançar um nível maior de justiça social.

A concretização deste nível de justiça requer necessariamente a existência de acordos sociais que permitam um mínimo de interação dos sujeitos na sociedade. Para isto, são duas as condições fundamentais: “uma distribución de los recursos materiales que garantice la independência y la voz de los participantes; un modelo institucionalizado de valores culturales [que] refleje igual respeto por todos los participantes y garantice iguales oportunidades para que todos gocen de estima social (2003, p. 57).

Logo, a falta de reconhecimento é, segundo a autora, uma relação social de subordinação ou exclusão que se transmite através dos modelos institucionais de valores culturais.

A eliminação dos impedimentos culturais não diz respeito a outra coisa que não ao reconhecimento. E para tanto, são necessárias políticas que possam estabelecer uma certa

³³⁵ Esta discussão se aproxima do debate em torno da Política de Ação Afirmativa, em que muitos cidadãos negros resistem ao reconhecimento de sua importância histórica e estratégica de inserção social, dentro do contexto de discriminação positiva.

semelhança de *status*, a partir inclusive do reconhecimento das diferenças, através da desinstitucionalização de determinados valores culturais (Fraser, 2003, p. 59).

Concordamos com o argumento da autora sobre a possibilidade de que ao eliminar os obstáculos que impedem a participação a um conjunto de atores socialmente excluídos³³⁶, pode surgir um tipo de subordinação que também se configura como forma de injustiça social. Mas, ainda assim, esse seria um passo importante a ser dado.

O argumento de Fraser é relevante para o debate tendo em vista que os loucos, como parte integrante de um segmento socialmente excluído e com pouca ou nenhuma participação e reconhecimento social, são vistos como “desiguais”, são os “Outros”, os “estranhos” e possuem conseqüentemente pouca ou nenhuma relevância para a vida social e produtiva.

Não é difícil entender o motivo desta falta de reconhecimento (e conseqüentemente de participação). O segmento social composto pelos ditos loucos possui, como já sinalizado, uma trajetória histórica marcada por momentos de reconhecimento, mas especialmente (a partir do séc. XVIII) pelo desprestígio e exclusão, que os coloca fazendo parte da categoria de não - cidadãos.

De uma forma geral, a questão do reconhecimento social pode ser observada nas falas dos usuários entrevistados.

“Eu gosto assim de ser bem atendido pelas pessoas, me encaro assim como um cidadão honesto e trabalhador. Normal, igual a todo mundo, não diferente dos outros” – José, usuário.

Este usuário não se percebe como um diferente. Para ele, as suas diferenças subjetivas não são motivos que justifiquem um tratamento diferente do dos ditos “normais”. A compreensão que tem de si é a do *cidadão honesto e trabalhador*, segmento reconhecido socialmente. Já o “paciente mental” é aquele que as pessoas

³³⁶ Considerando que uma pessoa pode estar excluída de algumas esferas e não de outras.

evitam, não se aproximam e tratam diferentemente. Não o fazem porque reconhecem algum nível de necessidade específica destes sujeitos, mas porque tem pena ou repúdio, ou porque simplesmente estranham.

Não obstante, mesmo que este sujeito não se veja como um diferente, a sua inserção social ocorre de forma diferenciada porque para uma sociedade padronizada ele não é reconhecido necessariamente como um igual.

Contudo, qual é o significado de ser tratado como igual? Isso não é necessariamente ignorar a diferença entre os sujeitos. Mas garantir que eles sejam reconhecidos socialmente e que seus atos tenham um valor de troca positivo nas relações³³⁷, já que é esse valor que pode lhe conferir algum nível de poder contratual (Tykanori, 1996).

4.2.5. A Percepção sobre a Cidadania

Não seremos os primeiros a afirmar a complexidade que envolve a discussão sobre cidadania. Entretanto, esta complexidade faz com que, entre outras coisas, como já sinalizamos, esse conceito não se defina por si só.

Neste sentido, considerando as discussões teóricas já apresentadas neste trabalho, perguntamos para todo o grupo de entrevistados o que era cidadania e em especial, o que significava pensar a cidadania do louco.

A partir das falas dos entrevistados pretendemos identificar um nexos entre a proposta da cidadania diferenciada, apresentada no capítulo terceiro deste trabalho, e a percepção dos mesmos acerca da cidadania do “doente mental”.

Todos os entrevistados do grupo de profissionais identificaram a cidadania como algo que extrapola a noção “dura” do termo como um sistema classificatório que determina quem tem direitos e deveres (Fleury, 2005).

³³⁷ Para Tykanori, “as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio (1996, p. 55).

“Eu acho que de fato ser cidadão não é principalmente ter direito a passe livre ou não e principalmente ter direito a aposentadoria, não acho mesmo, não acho que isso faz de alguém um cidadão. Não acho que ter acesso ao que o Estado oferece para segurar a barra da merda que é viver seja cidadania, eu não acho que seja o principal. Eu acho que alguém que é capaz de ser cidadão é alguém que seja capaz de exercer a sua liberdade com responsabilidade na vida” – Joaquim, profissional.

“A cidadania do louco é ele ser reconhecido como ser humano que possui uma peculiaridade que é um tipo de razão que não está dentro da expectativa da sociedade. A cidadania é ele ser visto como pessoa com possibilidades e capacidades e não como um animal” – Lúcia, profissional.

“Cidadania é você ter seu espaço na sociedade independente de como você vai ocupá-lo, mas você ter seu espaço. Sua representação na sociedade [...] nesse caso de todos os excluídos o, “doente mental” acaba sendo o mais excluído de todos [...] Tolerar não é ter cidadania.” – Mauro, profissional. Grifo meu.

“Primeiro talvez se pensar como gente [...] às vezes as pessoas são colocadas nem na condição de animal, mas de objeto, de uma coisa qualquer e vai se esquecendo, ela própria vai se esquecendo que é gente” – Adalberto, profissional.

A noção de cidadania para os profissionais em relação ao louco, apesar de extrapolar o campo “duro” dos direitos e deveres, não difere do mesmo, pois as falas remetem à possibilidade de fazer determinadas coisas a partir do conceito clássico de cidadania.

O grande desafio é articular esse campo *stricto sensu* com a noção ampliada de cidadania que se materializa no espaço cotidiano da vida social.

Este desafio requer, entre outras coisas, a incorporação das diversas instâncias societárias que podem promover e estimular o exercício da cidadania para o segmento estudado neste trabalho.

É fato que, ao pensar o conjunto dos excluídos, o “doente mental” é um dos segmentos que se encontra em posição de maior fragilidade, considerando as

condições objetivas dadas socialmente, em que há uma retração dos movimentos sociais, que têm se apresentado com pouca expressão e reduzido poder de negociação.

Apesar deste conjunto de elementos reforçar e aprofundar os aspectos negativos do contexto atual existem iniciativas que têm se mostrado exitosas e que vislumbram a inclusão de outros segmentos historicamente excluídos, como é o caso dos deficientes mentais. Tais iniciativas demonstram por um lado ser possível uma outra direção social, com práticas mais solidárias e inclusivas, e por outro, que embora as expressões individuais dos membros de um grupo possam se apresentar como relevantes, elas não conseguem individualmente encaminhar a problemática das demandas políticas específicas.

Alguns profissionais não identificam a questão da cidadania como uma problemática para os usuários do Caps Lima Barreto. Estes entrevistados localizam esta temática como uma inquietação mais dos profissionais do que dos próprios usuários. Identificam ainda que o fato de o tratamento ser orientado por uma lógica que valoriza o sujeito e tenta (re)construir a sua cidadania faz com que os mesmos já se sintam cidadãos.

“Eu acho que para eles não é uma questão. Eu acho que é uma questão pra gente. E eu acho que é uma questão que eles nunca é... pensaram, nunca tiveram acesso a isso” – Maria, profissional.

“Eu acho que eles não vêem essa questão, eu acho que eles se vêem como cidadãos sim. Eu acho que a gente está junto nessa causa, mas é uma angústia mais nossa” – Ana, profissional.

“Eles se sentem mais cidadãos mesmo, por estarem sendo atendidos dentro dessa lógica voltada para a cidadania, à cidadania do louco, de um ser que está sendo cuidado de uma outra forma” – Lúcia, profissional.

Estes profissionais apontam que a subjetividade da loucura faz com que para os loucos a questão da cidadania tradicional não seja um problema ou uma angústia. Ao contrário do que acontece com os ditos “normais”.

Parece que a fala de alguns profissionais encontra-se engessada na compreensão da condição cidadã como algo estático. Apesar disso, e da compreensão de que para alguns usuários a cidadania não é uma questão importante, eles precisam ter garantido o direito de acesso a este estatuto já que esta é uma das condições de inserção na nossa sociedade, e essa sim é para eles uma temática relevante.

Ao que tudo indica a noção de cidadania tradicional não está tão presente para os usuários entrevistados quanto para os “normais”, pela aparente impossibilidade de articulação entre estes dois campos (loucura e cidadania) complexos e contraditórios. Entretanto, quando vislumbramos um alargamento da noção de cidadania em direção à um outro modelo que seja capaz de incorporar as reivindicações de inclusão e direitos específicos de determinados grupos excluídos, identificamos uma possibilidade concreta de encaminhar a problemática da inserção social dos “doentes mentais”. Neste sentido, a própria mudança na condução do tratamento é identificada como uma expressão de reconhecimento de uma necessidade específica deste segmento.

Isto demonstra, de certa forma, que ao problematizar a questão da cidadania precisamos observar de qual lugar os interlocutores estão ao falar sobre ela e a que cidadania se referem.

O olhar dos profissionais ao falar sobre a cidadania parte da lógica da sua institucionalização. Já com os usuários, isso não necessariamente acontece.

De uma forma geral, para os usuários a questão da cidadania aparece atrelada à possibilidade de convívio social e de nesse convívio serem respeitados e enquanto seres humanos.

“Cidadania? É respeitar o cidadão, a pessoa. Estou falando certo? Respeitar o cidadão, dar o valor, que muitas vezes eles ultrapassam, ignoram essa lei” – João, usuário.

“Que isso? Cidadania? Cidadão? Como assim? Cidadão? É homem que gosta de trabalhar? Que tem um certo convívio com a população? É ter namorada... É isso?” - José, usuário.

“Cidadania... Não é uma terapia não? – Joana, usuária”.

Para os usuários entrevistados a cidadania se apresenta mais vinculada a questões do seu cotidiano, como poder namorar, poder conviver com a população, trabalhar, ter acesso ao tratamento. Ao mesmo tempo, a noção de cidadania apresentada por eles se aproxima da noção mais clássica expressa na necessidade de valorização da pessoa, de respeito ao direito, se aproximando inclusive das questões trazidas pelos profissionais.

A cidadania é apreendida pelos usuários via reconhecimento social, quando se referem ao cidadão como aquele que gosta de trabalhar, que se sente útil, que assume seu lugar na sociedade como mantenedor e provedor de si e da família.

Um usuário demonstra certa dificuldade de compreender ou relacionar o que seja a cidadania para si, indagando se diz respeito a uma nova terapia. Num primeiro momento isso demonstra o limite de pensar sua vida para além do tratamento, especialmente porque este mesmo usuário em outro momento da entrevista afirma que o único lugar que frequenta é o Caps.

Em relação ao fato de se sentirem cidadãos, os entrevistados apontam que isto é algo que está obstacularizado pelo pré-conceito/preconceito com relação a ser “doente mental”.

“Mas, olha, fica difícil até eu falar. Se sentir cidadão [...] Porque, você sabe, porque... Ah! Porque tem um preconceito e tal, muitos acham que é o preconceito. Aí não dá” – Dionísio, usuário.

“Eu, se eu me sinto um cidadão? Não! Não dá para se sentir cidadão do momento em que tu moras num lugar e aquele lugar sabe que você é doente mental, e aí fica chato, piadinha, entendeu? Então não dá para se sentir cidadão, mas é isso. Ah, porque... sei lá parece que tem uma discriminação sabe... que tu és diferente dos outros e não pode fazer nada igual a eles. Que vai dar problema a qualquer hora, sabe? Sei lá...acho que é isso” – José, usuário.

O estigma da doença mental pode gerar um sentimento de despertencimento social tal que o próprio sujeito acaba por se mutilar socialmente, se auto-discriminar e estabelecer, em muitos casos, uma auto-rejeição, tendo dificuldade em incorporar ou mesmo buscar a cidadania, seja ela qual for.

O processo de socialização nos espaços de moradia, a convivência com grupo de pares, crianças, jovens ou mesmo adultos, pode se materializar em experiências traumáticas e desastrosas, se pautado na marca histórica da cidadania negativa do “doente mental”.

Contudo, a rotulação social do louco não ocorre exclusivamente em virtude de um diagnóstico médico, mas porque, entre outras coisas, ele estabelece uma outra rotina de vida, que em alguns casos, é bastante particularizada.

O estigma em torno da loucura é introjetado de forma quase inconsciente e, por haver um diminuto impacto dos esforços de investimento sócio-cultural visando a sua desconstrução junto à sociedade, em muitos casos o indivíduo louco e, às vezes, a sua família se vêem solitários no processo de aceitação/inclusão social.

Em suma, avançar em direção à uma cidadania possível para a loucura implica, entre outras coisas, “um processo mais ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo e, portanto, onde a loucura não implique impossibilidade” (Bezerra Jr., 1992, p. 124).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A história da humanidade é ambígua para quem se põe o problema de atribuir-lhe um sentido”.

Noberto Bobbio

A escolha desta epígrafe para compor a última parte deste estudo foi estratégica, pois mesmo não sendo pretensão deste trabalho se ocupar da história humana ou mais especificamente da história da loucura,

buscamos atribuir um sentido para a nossa questão central, a partir do trabalho de pesquisa realizado. Contudo, dada a complexidade do nosso objeto de estudo, constatamos que não é factível dar um tom de conclusão para esse debate que associa conceitos tão complexos e aparentemente contraditórios, quais sejam: cidadania e loucura. Portanto, nossas considerações visam incitar outras reflexões sobre a temática e não necessariamente buscar elementos que nos levassem à sua conclusão.

De uma forma geral, o trabalho realizado apontou a necessidade de maior reflexão acerca da construção de estratégias que visem estabelecer um diálogo entre os dois grandes campos de discussão com os quais nos ocupamos neste estudo.

Trata-se, na verdade, como já apontado no capítulo quatro, da necessidade de ampliação dos significados sociais conferidos tanto para a cidadania quanto para a loucura, pois acreditamos que somente desta forma esses campos poderiam ser articulados de maneira que não se repelisse quase que automaticamente.

A problemática da cidadania do louco tornou-se mais visceral no Brasil na década de 80 com a reforma psiquiátrica e desde então a sua reivindicação vem assumindo vários matizes.

A partir das reflexões realizadas neste trabalho, identificamos que a reforma psiquiátrica necessita avançar na sua dimensão sócio-cultural¹⁶⁷ (Amarante, 1999), buscando romper com o antigo repertório social em torno da loucura, pois ao contrário, caminharemos para uma situação de tolerância social para com o louco. Esta forma de lidar com a loucura se expressa basicamente de duas maneiras: quando há a necessidade de convívio direto com o louco, a relação se estabelece com base na tutela, de forma a infantilizar esse sujeito; quando não há necessidade de convívio direto, a tendência é que se ignore a sua existência e neste caso ele só terá visibilidade em situações específicas (quando fizer “algo errado”, por exemplo). Enquanto estes “olhares” perdurarem em relação à loucura é possível que os avanços no reconhecimento da cidadania sejam incipientes.

Problematizando e articulando a dimensão de cidadania à prestação de assistência, alguns impasses podem ser claramente percebidos. Verifica-se que os principais problemas em relação ao processo de trabalho do Caps Lima Barreto são expressão, em sua maior parte, de uma crise macroestrutural que assola, senão a todos, a maioria dos serviços públicos de saúde.

Contudo, não é por isso que estes pontos não devam ser considerados ou tratados com menor importância, pois é indubitável que causam impactos significativos no processo de implementação da política de saúde mental.

¹⁶⁷ Acreditamos que esta uma dimensão importante no contexto da reforma, e especialmente, para o nosso objeto de estudo, por isso é enfatizada neste trabalho. Entretanto, é sabido que os avanços na reforma não se dependem exclusivamente de tal dimensão.

Os principais limites¹⁶⁸ colocados às ações do Caps Lima Barreto, sejam da ordem da baixa visibilidade do serviço e da própria política de saúde mental, da falta de recursos, do volume excessivo da demanda ou da precária infra-estrutura, são identificados pelos profissionais. Consideramos isto como um ponto positivo, pois é a partir do reconhecimento dos limites do trabalho que se tornam possíveis tentativas de superação dos mesmos, além do estabelecimento de estratégias para minimizar os impactos negativos destes impasses no cotidiano de trabalho.

Apesar das dificuldades no concretizar das ações diárias, seria sumamente importante uma maior movimentação do Caps em direção à comunidade com vistas a ampliar o escopo dos recursos para o trabalho, e de conferir uma maior visibilidade ao trabalho que é realizado (e conseqüentemente à própria reforma psiquiátrica) no território onde está inserido. Uma maior aproximação poderia possibilitar, entre outras coisas, a realização efetiva de um trabalho de desinstitucionalização da própria comunidade, no sentido de tentar desconstruir os valores sócio-culturais arraigados que tendem a tornar negativos os atos das pessoas com sofrimento psíquico.

Por fim, os profissionais identificaram como problemática a relação que vem sendo estabelecida com os atuais gestores responsáveis pelo setor de saúde mental no município do Rio de Janeiro. Para eles a política de saúde mental vem sendo encaminhada de forma verticalizada e pouco democrática, contrariando os próprios pressupostos de desinstitucionalização, democracia e valorização dos sujeitos que fundamentaram a reforma psiquiátrica. É provável que a ruptura com esta forma de condução da política demande de uma organização social dos trabalhadores da área

¹⁶⁸ Quase todos se referem estruturalmente a condições de trabalho

da saúde mental em torno do projeto sócio-político da reforma.

Em relação ao olhar dos usuários acerca de mudanças nas suas vidas a partir do início do tratamento no Caps Lima Barreto, interpretamos que a maioria localiza tais mudanças em relação à uma alteração na rotina de vida, além de considerar que o tratamento num local como o Caps é melhor e menos violento do que no hospital psiquiátrico.

No entanto, para alguns usuários entrevistados as mudanças mais importantes não ocorreram necessariamente com a mudança de eixo do tratamento – do hospital para a comunidade – mas com o início da própria doença mental. Para estes sujeitos, por mais que o tratamento ocorra num espaço diferente do manicômio, sob uma outra lógica clínico-organizacional; por mais que os usuários sejam bem atendidos, sejam escutados e não mais internados com tanta frequência, carregar o “rótulo” de “doente mental” numa sociedade que não inclui a diferença (a não ser de forma residual), que espera por comportamentos homogeneizados, padronizados, faz com que eles se percebam e sejam percebidos pela sua alteridade radical. E é essa que passa a construir a sua identidade e determinar o lugar que devem ocupar no tecido social.

No que tange à compreensão sobre a cidadania dos loucos parece haver, no discurso dos profissionais, uma tendência a identificá-la de forma mais ampliada do que na sua concepção tradicional. Contudo, aquela não difere essencialmente desta última, tendo em vista que a possibilidade de realizar determinadas coisas aparece atrelada as noções que conformam a aceção mais clássica do conceito de cidadania.

Neste sentido, se a cidadania for concebida da forma como é compreendida pelos os profissionais entrevistados - ser respeitado enquanto ser humano, ser responsabilizado e

se responsabilizar diante das mais distintas situações, exercitar a autonomia -, podemos inferir que o Caps Lima Barreto tem reconhecido e estimulado a cidadania dos seus usuários. Entretanto, para considerarmos tal assertiva como correta seria preciso remetê-la ao significado que a cidadania assume para estes últimos.

Para os usuários a questão principal é a sua inclusão e reconhecimento social, que não são garantidos por este estatuto de cidadania que está estabelecido. Desta forma, ter acesso à cidadania tradicional para eles não se configura como uma problemática, por mais que as suas opiniões apareçam influenciadas, em certa medida, pelos pressupostos vinculados à cidadania tradicional, tendo em vista que eles organizam a vida em sociedade.

Respeitado o princípio de não generalização da pesquisa qualitativa, identificamos o que seriam as principais reivindicações específicas destes sujeitos frente ao campo da cidadania:

- √ Ser reconhecido socialmente pelas suas potencialidades, o que pode partir das diferenças, mas que estas não justifiquem mais a sua exclusão e não sirva para tornar negativos os seus atos;
- √ Ser inserido socialmente, tendo respeitadas as suas diferenças subjetivas;
- √ Ter acesso à esfera produtiva como possibilidade de valorização pessoal;
- √ Não ser rechaçado socialmente em razão da sua alteridade – o que permite algum nível de sociabilidade, como, por exemplo, ter amigos;
- √ Ser incluído como um “igual”, apesar da sua diferença, que irá demandar em alguns momentos um grau diferenciado de proteção, atenção e cuidado. Mas que isso não sirva para continuar operando a exclusão social da loucura.

Muitas destas necessidades que definimos como específicas dos usuários entrevistados, podem se conformar como a de qualquer outro sujeito ou grupo social. Mas, no caso

da loucura, pela sua trajetória e pelo significado social que assumiu historicamente, o processo de reconhecimento e garantia de direitos e demandas específicos enquanto grupo, tende a ser mais obstacularizado, inclusive por existir uma dificuldade nas políticas institucionais em incorporar a alteridade.

O reconhecimento e a incorporação dessas demandas pode engendrar uma inclusão social menos marginalizada do louco. E acreditamos que é a partir disto que uma outra identidade coletiva da loucura, não mais baseada no signo da enfermidade mental, pode ser construída.

Considerando os resultados encontrados, acreditamos que em razão da noção de cidadania diferenciada permitir a incorporação efetiva das reivindicações específicas de determinados grupos sociais excluídos historicamente, ela possa encaminhar a problemática da inclusão social da loucura.

Encontramos cada vez mais na nossa sociedade grupos que são alvo de exclusão em virtude de compartilhar de determinadas características. A garantia de que as pessoas e/ou grupos sociais não sejam excluídos dos possíveis benefícios de inserção social gerados pela cidadania deve ser uma prioridade sócio-política, especialmente, se tal exclusão for justificada por algum aspecto que compõe a sua identidade particular.

Qualquer movimento de agenciamento de cidadania que não se pretenda excludente, deve considerar e reconhecer a existência da identidade particular de um determinado grupo. E em relação a isto, uma “política da diferença” poderia permitir a sua inclusão social, na medida em que incorporasse aos processos políticos de formulação e implementação de políticas/ações, não somente tal identidade, mas a partir dela, as necessidades particulares deste grupo. Talvez assim, fosse finalmente possível

falar em algum nível de igualdade entre os distintos sujeitos.

A partir do debate travado poderíamos pensar de que forma concreta esse movimento de inclusão da diferença poderia se configurar. Neste sentido, elencamos algumas ações que nos parecem possíveis:

- √ Ações de empoderamento do grupo visando a sua organização social;
- √ Garantia de participação e representação política dos mesmos nas instituições e nos processos decisórios específicos;
- √ Transparência em relação à incorporação das demandas, o que poderia ocorrer através da elaboração de mecanismos que informassem de que forma as necessidades específicas seriam incorporadas;
- √ Formulação de políticas específicas que atendam às necessidades dos grupos em desvantagens;
- √ Possibilidade de veto à política específica (Young, 1990).

Infelizmente sabemos das dificuldades de incorporação das diferenças, especialmente de grupos socialmente “invisíveis” e historicamente excluídos, como é o caso da loucura, numa sociedade marcadamente desigual.

Vivemos numa comunidade democrática em que a democracia não pode ser restringida a um conjunto de regras devendo implicar “o reconhecimento do outro, a inclusão de todos os cidadãos (...), a promoção da participação ativa e o combate à toda forma de exclusão” (Fleury, 2004, p. 5).

Para Fleury, o formato atual da democracia não tem sido capaz de encaminhar a problemática da exclusão social. A autora sustenta ainda que, o seu efetivo enfrentamento só ocorrerá num modelo de democracia que seja capaz de “reconhecer os excluídos como cidadãos” (2004, p. 6).

É sabido que o processo de reconhecimento e incorporação das diferenças é tão complexo quanto polêmico. Entretanto, para que se possa dar o primeiro passo em direção a esse reconhecimento que, entre outras coisas, pode permitir a inclusão dos grupos em desvantagem na sociedade e conferir uma “condição cidadã”, é preciso que o valor primário desta sociedade seja o homem (Basaglia, 2005).

Ou seja, a primeira atitude de toda ação é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos. Aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro da ação técnica (Basaglia, 2005, p. 231).

Assim, seriam a cidadania e a loucura faces opostas da mesma moeda? Tendemos a acreditar que se compreendidas de forma ampliada não há contradições ou impossibilidades nessa associação. Portanto, não é somente o conceito de cidadania que precisa ser alargado com vistas a acolher demandas sociais específicas, mas a própria noção de que a loucura necessita ser ressignificada no imaginário social, pois ao que parece é o reconhecimento social do louco, como um igual na sua diferença, um dos caminhos possíveis à direção da condição cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S. Financiamento na Saúde Mental. In: *Revista da Saúde*, ano II, nº 2: 2001. p. 26-27.

_____; GULGOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: *Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2004. p. 221-240.

AMARANTE, P; BEZZERA Jr., B. (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992.

AMARANTE. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. (coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (Coleção Panorama), 1995.

_____. *O homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; Torre, E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2001. v. 25, n. 58. p. 26-34.

AMARANTE. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003, p. 45-66.

AMORIM, M. Temática da alteridade. In: *O pesquisador e seu outro*. São Paulo: Musa editora, 2001.

ARENDT, Hannah. *A condição Humana*. São Paulo: Editorial Forense Universitária, 1996. 6ª ed.

BARBALET, J.M. *A cidadania*. Lisboa. Estampa, 1989.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BAKTHIN, M. Marxismo e filosofia da linguagem. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

BARROS, D. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?. In: *Revista brasileira de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo, n. 1, v. 2, 1990. p.101-106,

_____. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Edusp/Lemos, 1994.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Amarante, P. (org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAUER, Marin W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. .

BAUMAN, Z. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BEZERRA Jr., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-126.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco, In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, M. (orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO/IMS-UERJ, 1994. p.171-191.

_____. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação?, In: *Cadernos do IPUB*, n. 14. Rio de Janeiro, UFRJ, 1999. p. 135-144.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições do estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BOFF, L. Cuidado: *ethos* do humano. In: *Conversando em casa*. Rio de Janeiro, Sette letras, 2000.

BURKE, P. Unidade e variedade na história cultural. In: *Variedade de história cultural*. Rio de Janeiro, civilização brasileira, 2000.

BRASIL. *Legislação em saúde mental*. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

BOSI, M. & MERCADO, F. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

CALDERÓN, F. & LECHNER, N. *Más allá del Estado, más allá del mercado: la democracia*. La paz: Plural editores, 1998.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 5ª ed.

CAPLAN, G. *Os princípios da psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1966.

CARSTAIRS, G. M. Prefácio. In: JONES, M. *A comunidade Terapêutica*. Petrópolis. Rio de Janeiro (tradução portuguesa): Editora Vozes, 1972.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro, civilização brasileira, 2002.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. Les marginaux dans l'histoire. In: Paugam, *L'exclusion – l'état des savoirs*. Paris: édition la découverte.1996.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: vozes, 1998.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Rio de Janeiro. Ed. Perspectiva. 1973.

COSTA-ROSA, Abílio et. Al. "Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva", In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Nau Editora: Rio de Janeiro, 2003. p.13-44.

COUTINHO, C. "Notas sobre Cidadania e Modernidade". In: *Contra-Corrente: Ensaio sobre Democracia e Socialismo*: São Paulo, Cortez Editora, 2000.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descrição e Criação. In: MINAYO, M. C. (org.) *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 1993. p.51-66.

DELGADO, P. G. *Razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. *Cidadania, saúde e prática médica*. Rio de Janeiro: IFB, 1996. mimeo. 12 p.

_____. *A psiquiatra no território: construindo uma rede de atenção psicossocial*. In: Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, ano VI, nº16, 1997. p.41-45.

_____. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: *Cidadania e Loucura*. Rio de Janeiro: ed. Vozes, 2000.

DELL'ACQUA, G. et al. *The Trieste mental health services: history, context, principles*. Disponível em: <<http://www.triestesalutementale.it/inglese/allegati/mhd01.pdp>> Acesso em: 05/02/05.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau editora, 2005. p. 161- 194.

DEMO, P. *Charme da exclusão social*. Campinas, SP: Autores associados, 2002.

DERRIDA, J. Entrevista, Filosofias – *Entrevistas do Le Monde*. São Paulo: Ática, 1990.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DINIZ, M. H. *Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do direito civil*. São Paulo: Saraiva, 2005.

DURKHEIM, E. *As regras e o método sociológico*. São Paulo: ed. Nacional, 1978. 14ª ed.

ENGEL, M. *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP: Brasil. 1995.

ENGEL, M. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1890-1930)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FILHO, N. A. Crítica à proposta da psiquiatria preventiva. In: *Informação psiquiátrica*. Editora Científica Nacional. Nº. 4, 1983, p. 71-76.

FLEURY, S. et al. *Antecedentes da reforma sanitária. Textos de apoio*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1988.

_____. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. (org.) A questão da democracia na saúde. IN: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 25-44.

_____. La expansion de la ciudadanía. In: *Inclusión social y nuevas ciudadanía: condiciones para la convivencia y seguridad democráticas*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Colombia: Editora General, 2003.

_____. Ciudadanías, exclusión y democracia. In: *Nueva Sociedad*. [on line] 2004b. Disponível em <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?ed_pro=36> acesso em 10 Dez 2005.

_____. *Democracia com exclusão e desigualdade: a difícil equação*. 2004c. <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?ed_pro=37> acesso em 11 Nov 2005.

_____. *Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos*. [on line] <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?ed_pro=37> acesso em 11 Nov 2005. no prelo.

FRASER, N. Redistribución, reconocimiento y exclusión social. In: *Inclusión social y nuevas ciudadanía: condiciones para la convivencia y seguridad democráticas*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Colombia. Editora General, 2003.

FREUD, S. "O estranho". In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tradução inglesa, vol. XVII, 1925.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: editora Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: editora Perspectiva, 2001. 7ª edição.

GOLDBERG, J. *Clinica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Ed. Te cora / Instituto Franco Basaglia, 1994.

_____. Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia. *Cadernos do Nupso*, 2(3); 1989. p.37-40,.

GOLDIM, J. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia [on line] 2004. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>>. Acesso em 10 Dez 2005.

GOMES, R. *Pesquisa qualitativa em saúde: material didático*. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2005. mimeo.

GOMES, T. *Avaliação em saúde: O Centro de Atenção Psicossocial em debate*. Niterói: UFF/ESS, 2003. Projeto de mestrado.

GOMES, T. *A serpente se foi, e agora? Saúde mental e trabalho: a construção de um caminho possível*. Niterói, UFF/ESS, 2003. Monografia.

GUARINELLO, N. Cidades-estados na Antiguidade Clássica. In: PINSKY, J; PINSKY, C. (orgs.). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 29-47.

HAGUETE, T. M. F. *Metodologia qualitativa na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1997.

HALL, S. *A Identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A ed., 2004.

HOBBSAWM, E. *A era das revoluções*. Rio de Janeiro: Paz e terra. 2003. 17ª ed.

ITURRA, R. Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In: SILVA, S; PINTO, J. (org.). *Metodologia das ciências sociais*. Lisboa: edições Afrontamento. 1999. p. 149-163.

JONES, M. *A comunidade Terapêutica* (Maxwell Jones). Petrópolis, Rio de Janeiro (tradução portuguesa): Editora Vozes, 1972.

KODA, M. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003. p. 67-88.

KYMLICKA, W. & NORMAN, W. *El retorno del ciudadano Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía*. Disponível em: <<http://www.politica.com.ar/teoriapolitica/kymlicka-Norman.htm>>. Acesso em 15/06/2004.

LANCETTI, A. Quem manda na loucura? In: *Teoria em debate*, nº. 8, Out a dez. 1989.

LAVALLE, A. G. Cidadania, Igualdade e diferença. In: *Lua Nova*, 2003, n. 59, p. 75-93.

LEAL, E. M. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural 2*. Rio de Janeiro: tempo brasileiro, 1993. 4ª ed.

LOBATO, L. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas. In: *Revista de administração pública*, FGV, vol. 31, nº. 1, jan/fev, 1997.

_____. *A Reforma Sanitária e a Reorganização do Sistema de Saúde: Efeitos sobre a Cobertura e a Utilização de Serviços*. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ. 2000.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: *Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2004. p.9-20.

LUZIO, C. *A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, CAMPINAS 2003.

MACHADO, F. R. S., PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. L.. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: *Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2004. p.75-90.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1949.

MARSIGLIA, R. G. Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo. IN: *Saúde Mental e cidadania*. Editora mandacaru: São Paulo, 1987.

MEYER, L. Violência e complacência: em torno da antipsiquiatria. In: *Debate e crítica*. São Paulo. HUCITEC, nº. 6, Julho, 1975.

MILMIS PROJECT GROUP. *Monotoring inner London mental illness services*. *Psychiatric Bulletin*, n.19, p. 176-280, 1995.

MILL, S. *Da Liberdade*. São Paulo: Ibrasa, 1963.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO, 1993.

NASCIMENTO, E. *Em busca de um pai: um estudo sobre a paternidade adolescente*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2002.

NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 63-92.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: *Saúdeloucura*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 2ª ed. p.91-108.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: World Health Organization, 2001. Impresso no Brasil.

PAIM, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p. 11-24.

PAUGAM, S. *L'exclusion – l'état des savoirs*. Paris, édition la découverte.1996.

PINHEIRO, R. Apresentação. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, HUCITEC: ABRASCO, 2004.

PITTA, A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12). 1994. p 647-654.

_____. PITTA, A.M.F. et alli. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*. Rio de Janeiro, vol. 44, 1995. p. 441-452.

RESENDE, H. A política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: vozes, 2000.

ROSA, L. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. In *Revista Serviço Social & sociedade*, São Paulo: Cortez, n.º. 71, 2002, p. 138-163.

ROSANVALLON, P. *A crise do Estado Providência*. Lisboa: editora inquérito, 1984.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, P. (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001. 2ª ed. p. 89-99.

SANTOS, M. *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, W.G. *Cidadania e Justiça no Brasil: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Campus, 1979. 2ª ed.

_____. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.

SARACENO, B. *La ciudadanía como forma de tolerancia*. [on line]. Em 1998. Disponível em <http://www.exclusao.net/imagens/pdf/35_tivuo_rbarcelo.pdf> acesso em 04 Agosto 2005.

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Ed. Veras, 1999.

SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Malheiros editores, 2003.

SILVA, M. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculos práticas de atenção psicossocial*. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. 2004.

SILVA e SILVA, M.O. O processo de reconceituação do serviço social no Brasil: emergência do movimento de ruptura. In: *O Serviço Social e o popular: resgate teórico – metodológico do projeto profissional de ruptura*. São Paulo: Cortez, 2002. 2ªed.p. 71-84.

Silvério, V. Multiculturalismo e o reconhecimento: mito e metáfora. *Revista USP*, n.42. Agosto de 1999. p. 44-55

SOUZA, A. Formação médica, racionalidade e experiência. In: *Ciências e saúde coletiva*, vol.6, no.1, 2001, p.87-96.

TEIXEIRA, M. “Algumas Reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria”. *Cadernos do IPUB*, n. 3, 1996.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro: vol. 9, n.1, 2002. p. 25-59.

_____. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.

TUNIS, S. A.; COSTA, N. (orgs) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis:vozes, 2000.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In:FLEURY, S. (org.) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992. p. 157-173.

VASCONCELOS, E. M. *A filosofia assistencial na reforma Psiquiátrica: sugestões concretas para serviços e trabalhadores de saúde mental*. Rio de Janeiro, 1994.

VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M. & DELGADO, P. G. *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora.

YASUÍ, S. Caps: aprendendo a perguntar. In: *Saúdeloucura*. São Paulo, Hucitec, 1989. 2ª ed. p. 47-60.

_____. *A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação. Universidade Estadual de São Paulo. Assis, 1999.

YOUNG, I. M. *Polity and group difference: a critique of the ideal of universal citizenship*. *Ethics*, 99:250-274. 1990

VERTZMAN, J. et al. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1992. p. 17-31.

XAVIER, C. e GUIMARÃES, K. “Uma semiótica da Integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação”. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 2004.

ANEXOS

Anexo I – Fábula oriental*

“Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente.’ ‘Em vez de liberdade ele encontrara o vazio’ porque ‘junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro’ e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida”

* Basaglia, F. Corpo e instituição. In: *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Garamond, 2005.

- 1- Área de atuação?
- 2- Chegada ao campo da saúde mental?
- 3- Tempo que trabalha na área da saúde mental?

Anexo II – ROTEIROS DE ENTREVISTA

- Profissionais

- 4- Tempo que trabalha no Caps?
- 5- Como você definiria a loucura?
- 6- Como você acha que as outras pessoas vêem a loucura?
- 7- Como você define o Caps Lima Barreto?
- 8- Como é tratar a loucura no Caps? Quais as principais mudanças?
- 9- Identifica algum limite no trabalho que é realizado no Caps Lima Barreto?
- 10- Em que medida o tratamento no Caps melhorou/melhora a qualidade de vida dos usuários? De que forma?
- 11- Para você, como estará a forma de tratar a loucura nos próximos dez anos? Como gostaria que estivesse?
- 12- Se você pudesse mudar três coisas no Caps, quais seriam?
- 13- Qual o critério para ser atendido no Caps? Ele tem atendido a demanda apresentada? Se não, por quê?
- 14- Para você o que é cidadania? Como vê a cidadania dos “doentes mentais”? Acha que os usuários atendidos no Caps Lima Barreto se sentem cidadãos ou reivindicam a cidadania? Senão, por quê?

- Usuários

- 1- Nome:
- 2- Idade:

- 3- Nível de escolaridade:
- 4- Sexo:
- 5- Estado civil:
- 6- Tempo que está em tratamento no Caps?
- 7- Fale um pouco sobre o seu dia-a-dia?
- 8- Que coisas no seu dia-a-dia você mais gosta e que coisas menos gosta de fazer?
- 9- Você participa de algum grupo ou associação?
- 10- Você trabalha atualmente? Onde?
- 11- Que lugares você frequenta além do Caps?
- 12- Como é vir para o Caps?
- 13- Como é o tratamento aqui?
- 14- Mudou alguma coisa na sua vida depois que você iniciou seu tratamento no Caps?
- 15- Como você vê a sua vida no futuro?
- 16- O que é cidadania para você? Você se considera um cidadão?