

JAIRO TADEU GUERRA

LOUCOS POR VOCÊ : A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA LUTA
PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

Belo Horizonte

2005

JAIRO TADEU GUERRA

LOUCOS POR VOCÊ : A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA LUTA
PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Psicologia da
UFMG, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Cornelis von Stralen

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2005

*Dedico este singelo trabalho
aos meus pais, Evaristo e Carmem, e
aos meus irmãos Jamilson,
Vanda e Josenildo.*

*E, na mesma medida, dedico
também aos meus amigos da
Associação Loucos por Você,
em especial, à Cirlene Ornelas e ao Paulo,
à Penha e ao Etevaldo, Wilson, ao Leleco e à Zilândia.
Todos colaboram para que a vida
seja uma sucessão de novos laços e
de expansão do amor solidário,
sem o qual a vida não tem sentido.*

AGRADECIMENTOS

A todos os meus amigos da Associação Loucos por Você e, em especial, àqueles que participaram das entrevistas.

À Nilsa, minha secretária de todas as horas por tantos anos, que soube lidar com o meu humor e que me ajudou neste momento tão difícil.

Aos meus amigos de mestrado, principalmente, Atualpa, Cristóvão, Isabela e Juliana, pelas conversas instigantes e pela amizade, cálida e singela, mas que jamais se apagará.

À Marta Elizabeth, pela coragem do encontro amigo que me ajudou a reacender o brilho da prática profissional.

À Paula Cambraia, pelo apoio desde os primeiros momentos desta caminhada acadêmica.

Ao meu irmão Nildo, pelo compartilhamento das dores do escrever.

É impossível encontrar a paz evitando a vida.

Virgínia Wolf

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS	9
INTRODUÇÃO	10
1 SAÚDE MENTAL EM MOVIMENTO: TRANSIÇÃO E NOVOS ATORES	14
1.1: CONTRAPOSIÇÃO DE MODELOS NO CONTEXTO LOCAL	14
1.2 PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL: MODELOS EM TRANSIÇÃO	18
1.2.1 A Ciência na transição paradigmática.....	19
1.2.2 Paradigmas hegemônicos versus paradigmas emergentes sobre a Loucura.....	23
1.2.2.1 O Paradigma Psiquiátrico	23
1.2.2.2 Os Paradigmas emergentes da Saúde Mental Comunitária.....	28
1.3 MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL: OS DIFERENTES QUEREM IGUALDADE.....	38
1.3.1 Experiências internacionais: rompendo o silêncio	39
1.3.2 A experiência brasileira: “por uma sociedade sem manicômios”.....	44
1.3.3 A experiência mineira: “liberdade ainda que tam tam”	53
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	56
2.1 OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	58
2.1.1 O papel dos novos movimentos sociais na transição paradigmática.....	61
2.2 OS ESPAÇOS ESTRUTURAIS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	64
2.2.1 Saúde Mental e Espaço Doméstico	66
2.2.2 Saúde Mental e Espaço da Comunitário	69
2.2.3 Saúde Mental e Espaço da Cidadania.....	72
2.3 METODOLOGIA.....	74
3 ANÁLISE DOS DADOS.....	77
3.1 A EXPERIÊNCIA LOCAL: A NAU DOS LOUCOS POR VOCÊ	77
3.1.1 Primeira fase: a luta pelo CAPS	78
3.1.2 Segunda fase: o desafio da solidariedade.....	84
3.1.3 Terceira fase: reabilitando a política.....	86
3.1.4 Quarta fase: interrogando as práticas do novo modelo assistencial.....	92
3.2 A FALA DOS USUÁRIOS E FAMILIARES: DO ISOLAMENTO À BUSCA DO CUIDADO EM LIBERDADE.	94
3.2.1 A motivação para entrar no movimento	96
O hospital geral não era lugar da doença mental.....	96
O hospital psiquiátrico como lugar de isolamento e sofrimento	98

O isolamento doméstico	102
O conflito nas relações de vizinhança	103
A decepção com a religião:	105
As informações sobre novas formas de tratamento	106
<i>3.2.2 Sobre a participação e a luta cotidiana</i>	<i>108</i>
A luta pelo CAPS	108
Fazendo a reforma acontecer aqui em baixo	109
Aprendendo a expressar e ouvir o sofrimento.	111
Sensibilizando a sociedade contra o preconceito e a discriminação.	112
Construindo saídas cotidianas para o cuidado da crise em liberdade.	115
Percebendo que o CAPS não é antimanicomial.	119
A ajuda no projeto de reabilitação psicossocial.	121
<i>3.2.3 O ideário antimanicomial e suas expectativas</i>	<i>123</i>
Ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental	123
A ampliação dos direitos.	125
Novos projetos geridos pela associação	126
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	144

RESUMO

GUERRA, J. T.. **Loucos por Você: a participação dos usuários e familiares na luta pela desinstitucionalização**. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFMG. Belo Horizonte, 2005.

O processo de desinstitucionalização ocorrido no Brasil a partir de 1987 teve como uma das características mais marcantes a participação ativa do Movimento da Luta Antimanicomial. No entanto, tal processo, apesar de constituir inúmeros avanços no campo legislativo e assistencial, apresenta ainda hoje descontinuidades e resistências em diversos espaços sociais. Buscou-se neste estudo conhecer o processo de mobilização do movimento antimanicomial no município de Ipatinga/MG, por meio de estudo de caso da Associação Loucos por Você. Para tanto, reconstituiu-se a sua história de mobilização por meio de dados documentais e de entrevistas com suas lideranças. Para a análise dos dados utilizou-se da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontaram que o movimento inicialmente se constituiu como grupo destinado à luta política para implantação de um Centro de Atenção Psicossocial no município, mas que sua identidade foi se alterando a partir das necessidades internas e externas. Paulatinamente, o grupo tornou-se um espaço de publicização de inúmeras formas de sofrimento vivenciados por usuários e familiares no seu cotidiano. Este sofrimento publicizado desencadeou a politização de relações de exclusão que se tornaram alvo de diversas intervenções no campo da cultura e da assistência. O movimento buscou intervir na melhoria do modelo assistencial considerado ainda pouco acessível e manicomial, já que manteve as internações em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte mesmo após a implantação do CAPS. Pode-se concluir que a mobilização promovida pela Associação Loucos por Você possibilitou a politização de inúmeras relações excludentes produtoras de sofrimento ético-político, abrindo caminhos para a experimentação de novas vivências marcadas pela solidariedade e respeito à diferença entre os próprios membros, nos diversos espaços da vida.

Palavras Chaves: Movimento Antimanicomial; Associação de Usuários e Familiares; Movimentos Sociais; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

GUERRA, J. T.. **Crazy for You: the participation of users and families in the struggle for desinstitutionalization**. 2005. 149 f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – UFMG. Belo Horizonte, 2005.

The process of deinstitutionalization occurred in Brazil in 1987 had as one of the most striking features of the active participation of the movement of the consumers of mental health (movimento antimanicomial). However, such a process, despite numerous advances in the field constitute the legislative and healthcare, today presents discontinuities and resistance in various social spaces. In this study we sought to know the process of mobilizing the anti-asylum movement in Ipatinga/MG, through case study of the Associação Loucos por Você. To do so, restored to its history of mobilization by documentary evidence and interviews with their leaders. For data analysis we used the technique of the Collective Subject Discourse. The results showed that the movement was initially formed as a group for the political struggle for the implementation of a Psychosocial Care Center in the city, but his identity was changing from internal and external needs. Slowly, the group became a forum for publicizing the many forms of suffering experienced by patients and families in their daily lives. This suffering publicized triggered the politicization of relations of exclusion that have become the target of several interventions in the field of culture and care. The motion also sought to intervene in improving the health care model still considered unfamiliar and asylum as it continued admissions to psychiatric hospitals in Belo Horizonte even after the implementation of CAPS. It can be seen that the mobilization organized by the Association Crazy for You allowed the politicization of many exclusive relationships that produce ethical-political suffering and opens ways for experimentation with new experiences marked by solidarity and respect for differences among the members themselves, in different areas on life.

Keywords: Movement of the Consumers of Mental Health; Social Movements; Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACESITA – Companhia de Aços Especiais de Itabira
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência de Saúde Mental
CLIPS – Clínica de Atenção Psicossocial
COMPOR – Congresso Municipal de Prioridades Orçamentárias
ENUSP – Rede Européia de Ex (Usuários) e Sobreviventes da Psiquiatria
EUFAMI – European Federation of Association of Families of People with Mental Illness
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NMS – Novos Movimentos Sociais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PMI – Prefeitura Municipal de Ipatinga
PT - Partido dos Trabalhadores
PS – Pronto Socorro
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração ao Trabalho
SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USIMINAS – Usina Siderúrgica de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

O município de Ipatinga está localizado a 230 Km de Belo Horizonte na região denominada Vale do Aço, leste do Estado de Minas Gerais. A cidade começou a se desenvolver a partir da instalação da USIMINAS, na década de 60, mudando seu perfil agrário para industrial e de comércio em curto espaço de tempo. O município conta com bons indicadores sociais e boa infra-estrutura urbana, mas apesar deste perfil positivo, notadamente no campo da saúde, em toda a década de 90, não houve a implantação de um Programa de Saúde Mental consistente, mesmo com diretrizes aprovadas em várias conferências municipais de saúde indicando esta área como uma prioridade. A ausência de uma política de Saúde Mental clara e efetivamente assumida pelo poder público municipal redundou na manutenção do modelo hospitalar-asilar, bem como no alargamento da exclusão social pela via da atenção filantrópica.

Em 1999, deu-se início à formação de um movimento social que buscou problematizar esta assistência através da reunião de usuários e seus familiares, de profissionais da rede pública, da Pastoral da Saúde e demais movimentos sociais. Este grupo desenvolveu reuniões semanais por anos seguidos conseguindo uma ampliação progressiva do número de participantes.

Com alguns meses de reunião, em julho de 1999, o grupo fundou uma associação, a *Sociedade de Luta e Apoio aos Portadores de Sofrimento Mental de Ipatinga*. Posteriormente, com a venda de camisetas para arrecadação de fundos com a inscrição “Loucos por Você”, o grupo começa a ser chamado pela comunidade de “Grupo Loucos por Você”. Este batismo público fez a entidade mudar seu nome de registro para *Associação Loucos por Você*. Neste

início, a entidade realizou reuniões em diversos espaços comunitários e desenvolveu inúmeras ações políticas para reivindicar a construção de um serviço tipo CAPS para o município.

A implementação de reformas da atenção em Saúde Mental tem se constituído um dos grandes desafios da contemporaneidade. Cerca de 2/3 da população mundial ainda recebe uma atenção baseada no modelo psiquiátrico-asilar, segundo o documento intitulado *Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo* da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). O modelo assistencial de base comunitária implantado em diversos países desenvolvidos desde meados do século XX ainda não recebeu decidido apoio governamental, nem da sociedade e, por vezes, nem das entidades representativas dos técnicos do setor. Mesmo em países com experiências positivas de serviços de Saúde Mental de base comunitária implantados há anos, a implantação deste modelo em outras áreas geográficas tem se mostrado pontual e lenta. Em muitos casos, ocorre até retrocesso das políticas públicas adotadas e o retorno de antigas práticas de internação asilar (DESVIAT, 1999).

No Brasil, as reformas da assistência em Saúde Mental tiveram início ao final da década de 80, no processo de redemocratização do país. Passados quase 20 anos de implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, contamos em 2005 com 516 destes serviços¹ e 262 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)². Mesmo com crescimento destes novos recursos assistenciais extra-hospitalares, a desinstitucionalização ainda tem se mostrado lenta. Enquanto os dados oficiais apontam 1.363 moradores em serviços residenciais terapêuticos, tem-se mais de 55 mil pessoas moradoras em hospitais psiquiátricos brasileiros, vivendo sob péssimas condições, conforme demonstra o *Relatório de Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em prol dos Direitos Humanos*, documento produzido pela Ordem dos Advogados do Brasil juntamente com o Conselho Federal de Psicologia (CFP/OAB, 2004).

Diversos estudiosos e protagonistas da reforma da atenção em Saúde Mental no Brasil (SILVA, 2003; LOBOSQUE, 2001; DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1995) ressaltam que o processo de transformação ocorrido neste campo tem a marca indelével do movimento

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial – Brasília: Centro de Documentação do 2004.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2004.

social que lhe deu sustentação: o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Nos últimos 15 anos, este movimento tem sido um importante protagonista no cenário da luta pela desinstitucionalização no Brasil, intervindo nas políticas públicas, difundindo práticas de inclusão social da loucura e ampliando parcerias na busca da realização de sua luta *por uma sociedade sem manicômios*³.

No município de Ipatinga, a Associação Loucos por Você adotou o ideário antimanicomial e articulou-se com este movimento nacional, realizando uma série de atividades de mobilização coletiva em defesa de sua principal causa: a implantação de um centro de atenção psicossocial. Esta organização política de usuários e familiares antimanicomiais em um lugar aonde não existiam serviços de saúde extra-hospitais chama a atenção pela sua singular construção já que o próprio movimento antimanicomial somente teve uma participação mais engajada de usuários e familiares a partir da desospitalização. Assim, praticamente, todas as associações do MLA nasceram no interior de serviços de saúde mental. Outra característica que distingue o movimento ipatinguense é a presença de familiares com uma posição antimanicomial mesmo em um lugar sem o devido apoio dos serviços governamentais, já que o mais esperado seria a luta por serviços de psiquiatria com características asilares, conforme a cultura dominante no setor

Neste estudo, buscou-se investigar o processo de mobilização desenvolvido pela Associação Loucos por Você na luta pela implantação de serviços de saúde mental no município de Ipatinga no período cinco anos, compreendido entre 1999 e 2004. Este período corresponde o nascimento até 6 meses depois de obter conquista de sua luta: o CAPS.

O primeiro capítulo “Saúde mental em movimento: transição e novos atores” inicia contextualizando a emergência da luta antimanicomial no contexto local para em seguida situar as concepções paradigmáticas da Psiquiatria e da Saúde Mental. A terceira parte do capítulo apresenta a emergência histórica dos movimentos sociais em saúde mental partindo do plano internacional, dos movimentos europeus e norte americanos ocorridos a partir da década de 60. Em seguida, descreve a constituição do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil e termina com uma breve exposição do movimento no estado de Minas Gerais.

³ Lema do Movimento da Luta Antimanicomial.

O segundo capítulo “Referencial teórico-metodológico” expõe a teoria dos Novos Movimentos Sociais e dos Espaços Estruturais, além de relatar a metodologia de pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizada neste trabalho.

O terceiro capítulo apresenta e discute os resultados, estando dividida em duas partes. A primeira parte apresenta o resgate do processo de mobilização realizado por pesquisa documental, onde se sistematizou quatro fases: (1) a luta pelo CAPS, (2) o desafio da solidariedade, (3) reabilitando a política e (4) interrogando as práticas do novo modelo assistencial. A segunda parte, intitulada “A fala dos usuários e familiares: do isolamento a busca do cuidado em liberdade” descreve e analisa o DSC das lideranças do movimento sobre o processo vivenciado, identificando a motivação atribuída para a entrada no movimento, as experiências de luta e suas expectativas tendo em vista da adoção da utopia antimanicomial adotada pela Associação Loucos por Você.

A última parte apresenta as considerações finais deste trabalho.

1 SAÚDE MENTAL EM MOVIMENTO: TRANSIÇÃO E NOVOS ATORES

1.1: CONTRAPOSIÇÃO DE MODELOS NO CONTEXTO LOCAL

O município de Ipatinga está localizado a leste de Minas Gerais, na região conhecida como Vale do Aço. Em 1965, já apontava para um potencial de crescimento com forte tendência industrial, por fazer parte da zona metalúrgica e estar situada bem próxima ao Quadrilátero Ferrífero. Justamente por conta da sua localização geográfica estratégica, com uma malha ferroviária e rodoviária que a interliga com os grandes centros do país, proximidade com outras siderúrgicas como a ACESITA, em Timóteo, e a Belgo Mineira, em João Monlevade, é que a cidade foi escolhida para sediar a empresa USIMINAS.

O município tem uma área de aproximadamente 170Km², com uma população de 205 mil habitantes, segundo dados do censo de 2000 (IBGE, 2000). Sua população é predominantemente urbana, sendo que a maior parte da mão de obra está ligada direta ou indiretamente ao setor siderúrgico e metalúrgico, muito embora tenha também um setor de serviços em franco desenvolvimento.

O Produto Interno Bruto é de R\$2,01 bilhões o que confere uma boa arrecadação de impostos, estando o município entre os de maior arrecadação do Estado de Minas Gerais. No que se refere à infra-estrutura, é uma das mais privilegiadas do país garantindo aos moradores uma boa qualidade de vida. A expectativa de vida é de 70,5 anos.

Em 1989, o município investiu na construção de serviços públicos de saúde compondo uma rede com 13 Unidades Básicas de Saúde, 1 Policlínica Municipal, 1 Laboratório de Análises Clínicas, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Controle de Zoonoses, Laboratório de Fitoterapia e 1 Pronto Socorro Municipal. O município conta ainda

com uma rede privada contratada de saúde, onde se destaca o Hospital Márcio Cunha, um dos mais bem equipados do país que é mantido pela Fundação São Francisco Xavier.

No início da década de 90, em um contexto de recente ampliação da rede básica de saúde e de franco interesse pela efetiva implantação do Sistema Único de Saúde no município de Ipatinga, foi ampliada a assistência oferecida em Saúde Mental na rede ambulatorial. Até este período, havia um serviço com uma equipe composta de dois psiquiatras e dois psicólogos que atendiam ao encaminhamento de outros serviços de saúde e de educação.

Foram admitidos, assim, oito novos psicólogos com objetivo de realizar atendimento à demanda espontânea da rede básica e participar das atividades dos *Programas de Saúde*⁴ (Programa de Hipertensão, Programa de Diabetes, Programa da Criança, dentre outros).

Tal modelo demonstrou-se incapaz de atender aos casos *mais graves* e, por conseqüência, de reduzir o número de internações realizadas pelo município nos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte. Esta realidade foi constatada pela equipe de Saúde Mental que, sob a influência da ousada desinstitucionalização promovida pela Prefeitura de Santos (SP), propõe o redirecionamento da política adotada ao secretário municipal de saúde. A equipe propôs a priorização da atenção aos transtornos mentais com a implantação de um serviço tipo CAPS⁵, sob o marco legal das recentes portarias editadas pelo Ministério da Saúde publicadas em 1991 e 1992⁶.

No entanto, esta proposta encontrou grandes resistências do gestor que previa ações dos psicólogos na rede de saúde geral. A proposta de criação do CAPS é vista como uma distorção da visão “integrada de saúde” por constituir-se em um estabelecimento

⁴ Os programas de saúde podem ser definidos como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica.

⁵ Os CAPS são espaços de referência e de tratamento intensivo para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e persistência justifiquem a sua permanência nesse dispositivo comunitário. A sigla CAPS (Centro de Atenção psicossocial) foi utilizada para designar o primeiro serviço de saúde mental comunitário no Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira (1986), em São Paulo. Este dispositivo também é denominado de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) nome cunhado na reforma em Saúde Mental do município de Santos (1989). O Ministério da Saúde vinha utilizando as duas siglas separadas por uma barra, mas nas suas últimas publicações tem adotado a designação “CAPS”.

⁶ Estas portarias (SNAS 189/91 e 224/92) definem os procedimentos relativos aos atendimentos nos NASP/CAPS, possibilitando o seu financiamento pelo SUS. Foi o primeiro passo buscando redirecionar a assistência hospitalocêntrica para um modelo de saúde mental comunitária.

especializado e separado das demais práticas sanitárias. Após vários estudos e seminários organizados pela equipe gestora e pelos trabalhadores⁷ é formulada uma política pública municipal de saúde mental que prioriza o atendimento aos problemas mentais graves e, conseqüentemente, a implantação de uma estrutura tipo CAPS.

No entanto, vencidas as resistências da equipe dirigente da saúde, o projeto esbarra na decisão política do Gabinete do Prefeito. Em 1993, um espaço físico que poderia ser destinado à implantação do CAPS é cedido para uma entidade filantrópica que o solicitou para a implantação de uma “comunidade terapêutica”⁸ para tratamento de usuários de drogas.

Nesta mesma linha de assistência filantrópica, diversos outros serviços destinados ao atendimento da Saúde Mental foram implantados no município. Em 1993, havia apenas uma instituição asilar destinada exclusivamente aos portadores de transtorno mental, o Lar da Fraternidade Cristã, mantido por uma entidade espírita. Além da função asilar este estabelecimento se propunha também a prover tratamento espiritual. Uma entidade para idosos também acolhia um ou outro portador de transtorno mental que não apresentava comportamento de “risco”⁹, o asilo Nossa Senhora de Paula. Assim, no município de Ipatinga, encontravam-se asilados, neste período, não mais do que cerca de quarenta pessoas portadoras de transtorno mental.

Em 1993, o *Lar da Fraternidade Cristã* solicita a equipe de saúde mental o atendimento ambulatorial de alguns de seus internos. No entanto, a equipe vislumbrando a oportunidade de realizar um trabalho de desinstitucionalização, oferece profissionais para trabalhar no seu interior.

A observação do cotidiano do asilo permitiu identificar a ocorrência de práticas extremamente restritivas da liberdade dos asilados, sustentadas por uma visão que aliava tratamento espiritual com uso sistemático de cela forte como forma de punição. As portas do asilo eram gradeadas e fechadas dia e noite não sendo possível a saída de qualquer interno, a não ser em pouquíssimos horários de passeios programados. As grades limitavam também a circulação dos internos no interior do asilo tanto para o refeitório como para a cozinha.

⁷ No período foram organizadas diversas atividades tais como: visitas aos municípios de Santos e Campinas; acordo de cooperação entre a OPAS/OMS para elaboração da política e do programa de saúde mental, seminários etc.

⁸ Serviço de atenção aos usuários de drogas baseado no tratamento moral, que tem como premissa o isolamento social como recurso terapêutico.

⁹ Esta caracterização era dada pela própria instituição.

No entanto, após a entrada na instituição da equipe de saúde mental, a sua permanência não durou mais que dois meses. Ao propor pequenas mudanças no cotidiano da organização, a diretoria do asilo dispensou o trabalho dos profissionais. A partir desse fato, a equipe de Saúde Mental propôs a *intervenção* na instituição pela prefeitura devido às práticas restritivas da liberdade dos internos, mas não conseguiu o necessário apoio político.

Pouco tempo depois, por outros motivos, toda a equipe gestora da saúde é exonerada pelo Prefeito¹⁰. O novo secretário de saúde adota o projeto de implantação do CAPS e autoriza a própria equipe a buscar um local adequado para a sua implantação. No entanto, um mês depois, o próprio secretário convoca os profissionais e admite que o referido projeto não é prioridade de governo e, assim sendo, não há como definir um prazo para a sua implantação. Em protesto contra esta posição, a equipe de saúde mental se destitui enquanto instância de elaboração de políticas para o setor, voltando-se somente para a atividade assistencial.

No entanto, uma nova iniciativa iria repercutir profundamente na atenção em saúde mental do município. Em 1994, acontece a fundação de uma instituição denominada *Casa da Esperança*, de orientação espírita e caritativa, mas sem ligação com o Lar da Fraternidade Cristã. A Casa da Esperança em pouco tempo transforma-se na principal forma de assistência a toda a sorte dos desvalidos sociais da região. Ao final da década de 90, o município já possuía mais de 200 leitos asilares¹¹.

Exatamente assim, em toda a década de 90, a reforma da atenção em Saúde Mental no município de Ipatinga não foi outra coisa a não ser um conjunto de promessas não cumpridas. Mesmo estando contemplada nos programas oficiais dos governos eleitos e amparada politicamente pela aprovação em diversas conferências municipais de saúde, a implantação de um novo programa que promovesse uma ruptura com o modelo psiquiátrico e asilar não passou de uma ficção.

A política pública adotada no âmbito municipal manteve as internações em hospitais psiquiátricos como principal recurso terapêutico e reforçou o asilamento em estabelecimentos filantrópicos como forma privilegiada de proteção social.

¹⁰ Segundo Oliveira (2004, p. 116) a secretária de saúde foi exonerada quando permitiu que os conselheiros entregassem o documento supra-citado ao executivo municipal, contendo algumas das deliberações do Conselho, que não haviam sido implementadas.

¹¹ Fonte: Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social/PMI

Deste modo, somente em 1999 novos atores sociais se mobilizam com o objetivo de cobrar do poder público a adoção de políticas de Saúde Mental, consonantes com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

Reunindo-se periodicamente em diversos espaços da comunidade, esse movimento social buscou recolocar os problemas da atenção em Saúde Mental na pauta do debate político, tornando públicas as deficiências do modelo existente. No entanto, ao buscar intervir nas decisões governamentais, o movimento social encontra grandes dificuldades no encaminhamento de suas propostas.

A seguir, será apresentada uma breve discussão acerca deste momento de transição de modelos assistenciais no campo da Saúde Mental. Será necessário explicitar que esta “transição paradigmática” vem ocorrendo em diversos outros lugares e, ao mesmo tempo, em diferentes setores da sociedade.

1.2 PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL: MODELOS EM TRANSIÇÃO

“Reforma psiquiátrica”, “reforma da assistência psiquiátrica”, “reforma da atenção em Saúde Mental”, “desintitucionalização”, são alguns dos termos utilizados para designar os processos de mudança ocorridos nesse campo. Estas diferentes designações explicitam não apenas uma possível “confusão semântica” como afirma Bachrach¹² (citado por MORGADO & LIMA, 1995) e sim que esse campo está em uma ativa transição paradigmática. Os conhecimentos científicos construídos pelo paradigma da Psiquiatria ao longo de dois séculos vêm sendo alvo de intensas críticas.

Tais críticas podem ser assim resumidas:

- (1) Uma crítica ao paradigma biologicista e;
- (2) Uma crítica à função do hospital psiquiátrico como *locus* terapêutico-asilar.

¹² BACHRACH, L. L. Asylum and chronically ill psychiatric patients. **Am. J. Psychiatry**, 141:975-978, 1984.

Estas críticas provêm de um novo campo, variado e complexo, ainda em construção, que busca confrontar com o modelo dominante e tentando se constituir em um novo paradigma emergente.

Contudo, antes de apresentar esta tensão e seus principais embates será necessário contextualizar essa transição mais ampla, qual seja, a do paradigma da “ciência moderna” para o paradigma da “ciência crítica pós-moderna”, conforme proposto por Boaventura Souza Santos (1999, 2001).

1.2.1 A Ciência na transição paradigmática

Segundo Santos (1999), estamos vivendo em um período de incertezas denominado de “transição paradigmática”. Neste atribulado período, todas as dimensões da vida humana são alcançadas, desde as concepções do “bem viver” até as mais significativas “certezas” do conhecimento provindas da ciência moderna.

Esta transição, na sociedade, ocorre entre o paradigma dominante e o paradigma emergente. O paradigma dominante está representado pela sociedade patriarcal, pela produção capitalista, pelo consumismo, pelo desenvolvimento globalizado desigual e excludente ao passo que o paradigma emergente se apresenta em diversos espaços contestando as construções dominantes acima referidas.

Já na epistemologia, esta transição ocorre entre o paradigma dominante da ciência moderna e o paradigma emergente que o autor denomina de “*um conhecimento prudente para uma vida decente*” (SANTOS, 2001, p. 16).

Esta transição epistemológica é evidenciada pelo acúmulo de conhecimentos promovidos pela ciência moderna que, apesar de crescentes, não se traduzem em capacidade crescente de soluções dos inúmeros problemas para os quais foram produzidos. Tal incapacidade, segundo Boaventura Santos, não é apenas devido a um problema de condições sociais desfavoráveis para sua adequada aplicação, mas devido à própria Ciência Positivista em que foi construída. Assim, o *fracasso da aplicação técnica explicita um fracasso da própria ciência moderna* (SANTOS, 2001).

O saber científico moderno se apartou do senso comum, constituindo-se em oposição à experiência imediata e à opinião das pessoas em geral. Foi preciso romper com o conhecimento das comunidades tradicionais para que fosse possível a *primeira ruptura epistemológica* e a constituição do conhecimento científico tal qual o conhecemos hoje.

No entanto, romper com a opinião do senso comum torna-se bem mais difícil em algumas áreas da Ciência, particularmente no campo das Ciências Humanas, já que elas “têm por objeto real um objeto que fala e que tem uma opinião sobre o que a ciência pretende conhecer” (SANTOS, 1989, p. 31) ou, como diria Piaget¹³ (citado por SANTOS, 1989, p. 31), a Sociologia e a Psicologia têm “*o triste privilégio de tratar de matérias de que todos se julgam competentes*”. Como se não bastasse esta característica do “objeto” que teima em dizer-se conhecedor do que a ciência conhece, temos ainda a possível contaminação do cientista (o “sujeito” do conhecimento) por esses saberes comuns. Por estar inserido em determinada cultura, este cientista pode fazer da ciência apenas um meio rebuscado de confirmar suas opiniões pré-concebidas. Assim sendo, o desafio do conhecimento científico positivista é o de sempre ultrapassar o conhecimento do senso comum, seja pela negação da fala do “objeto”, seja pelo controle da contaminação do cientista. Ele mesmo deve ser tornar uma gente passivo do método científico. Assim, para Santos (1989), esta separação entre ciência e senso comum foi o primeiro ato epistemológico responsável pela constituição do paradigma da ciência moderna.

Uma vez feita esta primeira ruptura epistemológica, o ato epistemológico mais importante a ser realizado atualmente é *romper com esta ruptura*, promovendo uma reaproximação dessas duas formas de conhecimento. O senso comum, enquanto conceito filosófico, surgiu no século XIX e representou um embate entre a burguesia emergente e o suposto irracionalismo do antigo regime, tratando-se, nessa época, de um conhecimento razoável e prudente utilizado para construir uma nova ordem favorável aos interesses da nova classe emergente. No entanto, ao passo que a burguesia se afirma cada vez mais como classe dominante, o senso comum passa a ser desvalorizado e tido como superficial e ilusório. A ciência, cada vez mais foi elevada à condição de único saber socialmente válido. Assim,

¹³ PIAGET, J. (org.) *Logique et Connaissance Scientifique*. Paris: Gallimard, 1967.

enquanto a primeira ruptura epistemológica é imprescindível para constituir a ciência, mas deixa o senso comum tal como estava antes dela, a *segunda ruptura* transforma o senso comum com base na ciência. Com essa dupla transformação pretende-se um senso comum esclarecido e uma ciência prudente, ou melhor, uma nova configuração do saber que se aproxima da *phronesis* aristotélica, ou seja, um saber prático que dá sentido e orientação à existência e cria o hábito de decidir bem. (SANTOS, 1989, p. 41)

Esta *segunda ruptura epistemológica* não nega o conhecimento científico atual. Nega a sua pretensão de única forma de saber válido ao passo que afirma a validade de outros saberes para composição de “uma sabedoria de vida, agora mais democrática por via da mais ampla distribuição de competências cognitivas e discursivas” (SANTOS, 1999, p. 150). Portanto, um novo modo de fazer ciência que leve em conta os demais saberes (religiosos, artísticos, míticos, poéticos e políticos) coloca desafios à construção de um paradigma emergente.

Para que haja esta *dupla ruptura epistemológica* é necessário compatibilizar a reflexão entre a *teoria* e a sua *aplicação*. No entanto, o paradigma dominante tende a negar que os limites de sua aplicação técnica advém dos limites do seu corpo teórico. Saber e fazer se reforçam mutuamente e buscam explicações exteriores para o seu fracasso. Isto é, não é o modelo científico que apresenta limites, e sim, as condições sociais que impedem a sua exata e perfeita aplicação.

As aplicações da ciência dentro do paradigma dominante são definidas como “aplicações técnicas” e apresentam as seguintes características:

- 1 - quem aplica o conhecimento está fora da situação existencial de quem incide a aplicação e não é afetado por ela;
- 2 - existe uma separação total entre fins e meios;
- 3 - não existe mediação deliberativa entre o universal e o particular e a aplicação procede por determinações necessárias que dispensam a argumentação;
- 4 - a aplicação assume como única a definição da realidade dada pelo grupo dominante e reforça-a, escamoteando os eventuais conflitos e silenciando as definições alternativas;
- 5 - a aplicação do “*know-how* técnico” torna dispensável e até absurda qualquer discussão sobre o “*know-how* ético”; a naturalização técnica das relações sociais obscurece e reforça os desequilíbrios de poder que as constituem;

6 - a aplicação é unívoca e o seu pensamento é unidimensional; os saberes locais ou são recusados, ou são funcionalizados e, em qualquer caso, tendo sempre em vista a diminuição das resistências ao desenrolar da aplicação;

7 - os custos da aplicação são sempre inferiores aos benefícios e uns e outros são avaliados quantitativamente à luz de efeitos imediatos do grupo que promove a aplicação. (Santos, 1989)

Em oposição à *aplicação técnica*, Santos propõe uma *aplicação edificante*, que apresenta as seguintes características:

1 - a aplicação tem sempre lugar numa situação concreta em que quem aplica está existencial, ética e socialmente comprometido com o impacto da aplicação;

2 - os meios e os fins não estão separados e a aplicação incide sobre ambos; os fins só se concretizam na medida em que se discutem os meios adequados à situação concreta;

3 - a aplicação é um processo argumentativo e há adequação, maior ou menor, das competências argumentativas entre os grupos que lutam pela decisão do conflito a seu favor;

4 - o cientista deve se envolver pelo equilíbrio de poder nos vários contextos de aplicação e, para isso, irá tomar partido daqueles que têm menos poder;

5 - a aplicação edificante procura reforçar as definições emergentes e alternativas da realidade;

6 - o *know-how* ético tem prioridade sobre o *know-how* técnico;

7 - os limites e as deficiências dos saberes locais nunca justificam a recusa destes;

8 - a ampliação da comunicação e o equilíbrio das competências visam à criação de sujeitos socialmente competentes;

Santos (1989) observa ainda que a nova conflitualidade interna da ciência é entre *os partidários da aplicação edificante e os partidários da aplicação técnica*, visto que a aplicação edificante vigora dentro da própria comunidade de cientistas. Mas, segundo este autor, o paradigma científico dominante também precisa ser superado por uma nova forma de conceber a Ciência, defendendo um conjunto de teses descritas a seguir:

1 - Todo conhecimento científico é científico-social, buscando superar a dicotomia da não dualidade do conhecimento (natureza/cultura, observador/observado, saúde/doença, razão/desatino);

2 - Todo o conhecimento é local e total, visa a um conhecimento interdisciplinar que perceba a totalidade dos acontecimentos específicos, complexificando-os e enriquecendo-os;

3 - Todo conhecimento é autoconhecimento, refere-se à integração e intencionalidade entre sujeitos, e não entre um sujeito e um objeto. Assim sendo, trata-se de um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una ao que estudamos;

4 - Todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum, visa o diálogo entre o conhecimento científico e o senso comum enquanto possibilidade qualitativa de ampliação do fenômeno observado e em detrimento do autoritarismo e dominação de um sobre o outro, ou seja, do primeiro sobre o segundo.

Assim, as diversas formas de saber científico hoje existentes vivem um conflito entre estes dois paradigmas. É o que veremos a seguir, com o que designamos de campo da Psiquiatria e campo da Saúde Mental.

1.2.2 Paradigmas hegemônicos *versus* paradigmas emergentes sobre a Loucura

1.2.2.1 O Paradigma Psiquiátrico

Os conhecimentos obtidos pela Psiquiatria tiveram como pilar a ciência positivista e, portanto, acreditando na superioridade do seu saber em relação ao senso comum e na separação sujeito-objeto, enfatizando durante a sua história a abordagem biológica da doença mental.

Desde o início do século XIX, os psiquiatras sonharam com a descoberta do corpo anatomopatológico da loucura (BIRMAN, 1980), surgindo daí várias classificações novas que proclamavam seguir um critério nosológico. Nesta condição, deve a enfermidade ser descrita e classificada segundo os padrões clínicos, isto é, segundo suas causas clinicamente acertadas (etiologia), segundo seus efeitos típicos sobre as funções orgânicas e o comportamento do paciente (sintomas) e segundo sua evolução clínica típica (marcha) (PESSOTI, 1999).

Atualmente, os herdeiros desse modelo continuam defendendo que os problemas mentais são explicáveis pelo conhecimento da neurofisiologia e da bioquímica do sistema

nervoso central, tornando-se a psicofarmacologia um campo de saber privilegiado. Nessa mesma vertente, temos ainda as intervenções cirúrgicas - as psicocirurgias - que após sofrerem um período de severas críticas, ressurgem a partir dos anos 80 com o avanço de toda uma nova tecnologia¹⁴. Apenas para lembrar a entrada triunfante e gloriosa da *lobotomia* no cenário recente da Psiquiatria, o seu criador recebeu nada menos do que o prêmio Nobel de Medicina de 1949.

A Psiquiatria dominante apregoa que o hospital psiquiátrico é uma conquista da Modernidade que aliou proteção social e tratamento especializado. Como lugar de proteção social, segundo Morgado e Lima (1995), a instituição asilar existe desde a antiga Grécia - cuja origem etimológica vem de *asylos*, significando abrigo sagrado - e, na idade média, tem como seu correspondente o hospital, termo originado do latim *hospes*, que significa abrigar e proteger. Segundo estes autores,

Asilo, hospício, hospital psiquiátrico, colônia, dispensário, lar abrigado ou adotivo, manicômio, abrigo, casa de repouso etc - em geral todos eles acolhem a necessidade dos termos acima; a pessoa precisa recuperar-se, afastando-se do meio hostil em que se encontrava. Esses sentidos do asilo-hospício têm, pois, ao menos dois milênios, atravessando eras onde a função essencial é abrigar. (MORGADO E LIMA, 1995, p. 552)

Assim, a Psiquiatria declara-se herdeira da tradição de terapêuticas iniciadas nos asilos dos séculos XV e XVI na Espanha, na Inglaterra e, um pouco mais tarde, nos Estados Unidos, contestando, assim, a visão de Foucault (1972) de que o hospital psiquiátrico é uma criação da burguesia para fins de controle social da população.

Embasados em diversos autores¹⁵, Morgado e Lima (1995) defendem a manutenção do asilo-hospital, pois este recurso teria um “efeito de maternagem” diante de uma vida comunitária desestabilizadora da doença mental. Portanto, o ambiente asilar serve para apaziguar e recuperar o paciente, tornando-o capaz de retornar ao seu meio onde se encontrava. Ainda de acordo com esses autores, “na comunidade o paciente é tratado com

¹⁴ Segundo Vieira Filho (2002), a introdução clínica da tomografia computadorizada e da ressonância nuclear magnética nos anos 70 e 80, respectivamente, em muito facilitando a definição dos alvos cirúrgicos, a elevada acurácia dos equipamentos estereotáxicos atuais e a utilização de computadores na programação cirúrgica, em muito colaboram para o aperfeiçoamento da psicocirurgia, fazendo com que ela atingisse o local de destaque da qual é merecedora.

¹⁵ BACHARACH, 1984; WING, 1990; GRALNICK, 1989/90, LAMB and PEELE, 1984; WASOW, 1986.

aspereza, e não com as amabilidades que esperavam os mentores da desinstitucionalização”. E justificando ainda a manutenção dos asilos Galnack (citado por MORGADO e LIMA, 1995) constata que “os postos de saúde mental da comunidade negligenciam esse aspecto vital do adoecimento dos pacientes”.

Segundo Drake (1986), na Itália e nos Estados Unidos, países que foram mais longe com a proposta da desospitalização, os doentes mentais sem teto juntaram-se em grandes cidades, dormindo em asilos públicos, despojados de recursos e abandonados. Ou seja, o paradigma da Psiquiatria apregoa a total falta de condições sociais de inclusão da loucura e de cuidados efetivos na comunidade, tendo em vista uma necessidade “natural” da sociedade ocidental da instituição asilar.

Em larga extensão há um irrealismo ao pretender extinguir o hospital, essa tão antiga instituição que presta serviços desde pelo menos 2.000 anos atrás, em Roma, até os dias de hoje, como nos lembram Allderidge e Maccormack. O hospital atravessa a dobrada para o terceiro milênio por que há uma necessidade que se impõe sobre ele; é um despatério afirmar que o asilo/hospital cronifica algum paciente, ou que ele ‘produza’ sua demanda. Se fosse verdade, o asilo seria poderoso demais, para que pudesse ‘produzir’ crônicos graves. (MORGADO e LIMA, 1995, p. 557).

Assim, na Psiquiatria moderna, são identificadas várias concepção de *reforma psiquiátrica*, sendo uma delas a de defesa do hospital psiquiátrico humanizado e da devida aplicação técnica do saber psiquiátrico. No entanto, pode-se observar algumas diferentes linhas de argumentação as quais ressaltaremos pelo menos quatro delas, importantes para o presente trabalho:

I – Uma das tendências realiza uma defesa da proteção social pela via da instituição *asilo*, tida como uma *solução “natural” da sociedade ocidental*, pois que, existindo desde tempos antigos, sempre existirá. É o *fim da história* para o modelo assistencial da Psiquiatria. O saber psiquiátrico é visto como uma contribuição da modernidade que cooperou com o modo de proteção asilar, enriquecendo-o por meio do saber científico. Assim, mesmo com todos os recursos assistenciais da saúde mental comunitária não há como prescindir totalmente do manicômio como retaguarda *terapêutica e asilar* (MORGADO e LIMA, 1995). Nessa versão, ainda podemos inferir que o saber da Psiquiatria aperfeiçoa a função de asilo herdada da antiguidade, protegendo “mais e melhor” o doente mental devido ao acúmulo de conhecimentos científicos obtidos ao longo de sua história. Essa concepção também amplia o conceito

de asilo, definindo-o como toda forma de abrigo protegido existente na comunidade, inclusive os lares abrigados ¹⁶.

II – Outra linha de argumentação nega a designação “reforma psiquiátrica”, pois, o que está sendo reformado é o *modelo assistencial* e não a Psiquiatria. Assim, mais apropriado seria designar esse processo de “*reforma da assistência psiquiátrica*” ou “*reforma do modelo assistencial*”, permanecendo a Psiquiatria, enquanto saber, inabalável, a não ser que a mesma entre em crise paradigmática, por obra e graça novas descobertas científicas. Assim,

a expressão "reforma psiquiátrica" é puro nonsense. Psiquiatria, em stricto sensu, é uma ciência (...) e como tal "reforma-se" - não sei se é melhor dizer, "evolui" - às custas de mudanças científicas paradigmáticas. O que se reforma por movimentos políticos - ou se quiser mudanças de paradigmas políticos - é a assistência psiquiátrica. (CAMPOLINA, 2003)

Essa afirmativa revela uma concepção central no paradigma dominante: a ciência psiquiátrica é produto de si mesma, uma maneira privilegiada de acesso ao real que sempre evolui, conhecendo mais e melhor independentemente do contexto em que está. Este saber privilegiado é posto em prática pelos profissionais que fazem a sua aplicação técnica, *independente* da política assistencial adotada. Assim, esta versão vê com estranheza a publicização do debate especializado no seio da sociedade acerca do *tratamento psiquiátrico*, pois, infelizmente, “*esse assunto tem atraído leigos, diletantes e proselitistas das mais diversas cepas e intenções*” (CAMPOLINA, 2003, grifo nosso).

III – Uma terceira tendência propõe uma reforma “*mais psiquiátrica*”. Isto é, uma reforma *assistencial* que promova uma *extinção dos manicômios* e um maior investimento no hospital psiquiátrico como lugar *verdadeiramente especializado*. Esta versão conceitua manicômio como um *lugar com características asilares* e, portanto, “alienador e opressivo”, *excluindo o hospital psiquiátrico* desta classificação. Assim sendo, se há necessidade de asilo para os doentes mentais (i.é, manicômios), esta função não seria mais exercida pelo hospital psiquiátrico e sim, pelos *abrigos na comunidade*. Deste modo, vemos que esta posição vislumbra uma possibilidade da sociedade buscar novas formas de proteção social e, portanto, de convivência comuni-

¹⁶ Na reforma brasileira este recurso é denominado pelo Ministério da Saúde de Serviço Residencial Terapêutico.

tária com a doença mental. No entanto, esta versão reforça o saber estabelecido da Psiquiatria, buscando promover uma hiper-especialização do hospital psiquiátrico, defendendo uma

Reforma mais psiquiátrica da assistência em Saúde Mental, com ênfase na prevenção precoce por meio de equipamentos médicos diversificados, reabilitação eficiente, *abrigo aos necessitados e alguns bons hospitais psiquiátricos* (raríssimos em nosso meio) seria melhor para os pacientes e mais consentâneo com os conhecimentos da medicina moderna. (GENTIL, 2002, grifo nosso)

Interessante notar que esta versão amplia o conceito de *manicômio*¹⁷ (assim como faz a Psiquiatria Democrática Italiana), ao concebê-lo como uma “instituição”, uma forma que reproduz práticas alienadoras e opressivas existentes *nos estabelecimentos asilares*¹⁸, mas que pode ocorrer “em qualquer ambiente e estrutura social” (GENTIL, 2002). Como decorrência desse pensamento, poderíamos concluir equivocadamente que, nesse sentido, o hospital “altamente especializado e não asilar” seria a mesma coisa que um CAPS III (de funcionamento 24 horas) e, assim, teríamos dado um passo incomensurável na direção de um animador consenso. No entanto, não é isso que acontece, pois, se nesta proposta o *asilo* psiquiatrizado vai embora, permanece o *saber psiquiátrico cada vez mais especializado*. Este é o eixo central da “*reforma mais psiquiátrica*”.

Em síntese, o paradigma da Psiquiatria, baseado no paradigma positivista dominante defende a racionalidade cognitivo-instrumental como única forma viável de produção de conhecimento em relação à doença mental, ao mesmo tempo em que defende o hospital psiquiátrico como *locus* privilegiado de produção desse conhecimento e de sua aplicação técnica. Neste modelo, o hospital psiquiátrico pode servir a dois propósitos diferenciados, ora como duplo recurso *asilar e terapêutico*, ora somente como recurso *terapêutico altamente especializado*, sem função de proteção social.

IV - Ainda dentro do paradigma dominante, podemos incluir a Psiquiatria de Setor Francesa e a Psiquiatria Comunitária Norte-Americana que, buscando superar o modelo baseado na doença, constrói o conceito de *saúde mental* não fazendo mais que expandir o saber psiquiátrico e promover uma ampla medicalização dos problemas da vida.

¹⁷ Como veremos mais adiante, este autor mutila o conceito de manicômio da Psiquiatria Democrática Italiana ao suprimir dele as relações de poder embutidas no saber psiquiátrico.

¹⁸ Aqui utilizo a distinção feita entre instituição e estabelecimento oriundo da análise institucional francesa (LAPASSADE, 1977)

Assim, temos um entendimento do processo saúde-enfermidade linear e a-histórico que tem como base a distinção de normal e patológico construído por critérios de adaptação à sociedade ocidental capitalista (COSTA 1989; BIRMAN e COSTA, 1994). O modelo preventivista da Saúde Mental promove uma expansão do saber psiquiátrico-psicológico a serviço da manutenção da ordem social. Neste paradigma, temos um amplo leque de práticas psicoterápicas e reabilitatórias que não fazem mais do que ressoar o paradigma da Psiquiatria que enfoca, na teoria e na prática, um modelo tido como universal e a-histórico.

Atualmente, a Psiquiatria contemporânea tem recuado das discussões acerca das questões sociais e buscado, cada vez mais, o fundamento do processo saúde-doença na psicopatologia *organicista*, paradigma este adotado das neurociências. Os crescentes conhecimentos da psicofarmacologia e das neurociências possibilitaram a reconstrução da medicina mental, aproximando esta, finalmente, da medicina somática (BIRMAN, 1998).

Insistir nestas novas elaborações teóricas dentro do paradigma dominante é relevante, pois, uma mera ampliação de recursos assistenciais comunitários não viria garantir uma mudança emancipatória *per si*. Os novos recursos assistenciais podem repetir um modo de cuidar individualizante e normatizador, embasado numa suposição de superioridade do saber e na neutralidade de sua aplicação técnica.

Em relação ao modelo psiquiátrico dominante apresentado, podemos dizer como Potter que

Ao longo dos séculos, dois grupos separados surgiram com um senso cada vez maior de identidade distinto. De um lado (...) os psiquiatras estabeleceram como seus os direitos de tratar os perturbados, em detrimento e contra os direitos dos leigos, do clero e até mesmo, dos médicos profissionais em geral. Isso, com freqüência, alcança-se à custa de isolamento e antagonismo (...). Por outro lado, no decurso do século XIX, os perturbados mentalmente e no comportamento, transformavam-se cada vez mais num grupo claramente identificável, tipicamente trancado no hospício desaprumado, mas que fornecia também um próspero material à pesquisa de gabinete. (Potter, 1990, p. 34)

1.2.2.2 Os Paradigmas emergentes da Saúde Mental Comunitária

No Brasil, a primeira grande crítica contra os excessos do paradigma da Psiquiatria não veio da filosofia, nem muito menos de uma auto-reflexão crítica da Ciência. A primeira

grande crítica adveio da literatura naturalista do século XIX por meio da obra “O Alienista” (1881), de Machado de Assis.

Esta obra faz uma crítica irônica à postura cientificista da Psiquiatria da época e a sua ligação com os poderes políticos dominantes. Na trama machadiana, o poder médico-psiquiátrico busca dirigir o poder político, colocando-o a seu serviço para a construção de uma casa de tratamento dos insanos, a “Casa de Orates”¹⁹. O médico Simão Bacamarte, utiliza-se do poder da ciência médica para atingir seus objetivos de estudar a loucura, sendo para ele, “a ciência sua majestade e Itaguaí, seu universo”.

Dr. Simão Bacamarte funda a “Casa Verde” que começa a receber cada vez mais internos. Mesmo reconhecendo a limitação de seus conhecimentos científicos, o alienista não demonstra hesitação diante da sua tarefa e detém o poder soberano de determinar quem deve ou não ser levado à Casa Verde.

O aumento do número de internações faz com que quase toda a cidade tenha como destino a “casa dos loucos”, o que provoca, inicialmente, resistências localizadas que são consideradas também motivo de internação; afinal, só um louco poder ir contra um projeto de natureza científica. Por fim, com o crescente número de protestos uma grande revolta popular é deflagrada.

No texto de Machado de Assis não há excessos de realidade. No século XIX, ocorre a ascensão do paradigma científico dominante e os médicos alienistas utilizam o hospital como lugar de diagnóstico e de classificação das diversas espécies de doenças. É sempre bom lembrar que nesta época não havia qualquer tratamento eficaz para a doença mental. Apesar dos esforços dos alienistas, o saber produzido estava longe de propiciar explicação razoável dos fenômenos mentais. Nessa época, criou-se na Inglaterra a *Sociedade para o Melhoramento da Condição do Insano*, que buscava organizar reuniões científicas, premiando artigos mais inovadores. Um dos artigos premiados em 1843 resumia assim o resultado dos esforços da época:

A classificação dos doentes mentais... enfrenta grandes dificuldades. Prova disso é o esforço dos que dedicaram sua competência especialmente a essa tarefa, como Pinel, Esquirol, Rush, Georget... Heinrot, Guislain, Foville... E hoje é verdade, como nos dias do Sr. Pinel, que um sistema melhor de distribuição metódica, neste campo ainda é um desiderato. (JHONSON, 1843 apud PESSOTI, 1999, p. 70)

¹⁹ O autor faz referência a uma das primeiras instituições asilares da Europa, aberta em Valladolid, em 1489.

No entanto, apesar dessa abrasadora autocrítica, o poder conferido à Psiquiatria não parava de crescer. Esta presumida validade dos seus conhecimentos permitiu a adoção de condutas terapêuticas marcadas inclusive pela violência. Segundo Machado (1978), nos Estatutos do Hospício Dom Pedro II do final do século XIX, no Rio de Janeiro, o discurso médico admitia como meios *razoáveis* de repressão as seguintes medidas:

- Privação de visitas, passeios e quaisquer recreios;
- Diminuição de alimentos;
- Colete de força, com ou sem reclusão;
- Reclusão solitária, não excedendo dois dias;
- Banhos de emborcação, que consistiam em mergulhar sucessivamente a cabeça do interno em um tanque de água.

Não obstante o poder conferido à psiquiatria para executar tais procedimentos, o pressuposto do isolamento social adotado outorga-lhe um poder que permite decidir o que é melhor para a vida dos considerados “alienados” e dos que com eles convivem.

Em “O Alienista”, temos, assim, uma crítica expressa dos excessos desse poder psiquiátrico que faz calar todas as outras formas de racionalidades, sagrando o seu próprio saber como a única forma de acesso à verdade. Tais questionamentos existentes nessa obra literária constituem, ainda hoje, o centro de discussão crítica sobre o poder da Psiquiatria, apontando para a necessidade de construção de um paradigma emergente que apresente novas perspectivas acerca do processo saúde-doença e das formas de cuidado.

Segundo Foucault (2001, p. 40, grifos do autor)

O prestígio das ciências da vida, no século XIX, o papel de modelo que desempenharam, sobretudo nas ciências do homem, está ligado originariamente não ao caráter compreensivo e transferível dos conceitos biológicos, mas ao fato de que estes conceitos estavam dispostos em um espaço cuja estrutura profunda respondia a oposição entre sadio e mórbido. Quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça ou mesmo da ‘vida psicológica’ não se pensará apenas na estrutura interna do ser *organizado*, mas na *bipolaridade médica do normal e do patológico*.

A visão foucaultiana da tensão normal/patológico - tomada de Canguilhem (1978), busca mostrar como a partir do século XIX, surgiram padrões novos de normalidade na medicina geral e mental, bem como nas ciências humanas – sociologia e psicologia. O normal torna-se, assim, um ideal de funcionamento humano e “listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros de funcionamento social

normal passaram a ser tarefa da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas” (ALMEIDA FILHO et al, 1999, p. 114).

No campo da psiquiatria, especificamente, Foucault assinala uma mudança no conceito de loucura que, do século XV até o século XVIII, foi oposta à razão e definida como desatino. A partir do século XIX, a loucura foi identificada como alienação, sendo ao mesmo tempo a verdade e o seu contrário. Assim,

do mesmo modo que, no século XIX, a doença não era tida como perda completa da saúde, a loucura também não era concebida como perda total da razão, mas como uma contradição na própria razão que ainda existia, daí a possibilidade da cura” (ALMEIDA FILHO, 1999, p. 115).

No entanto, se a concepção científica da loucura ganha cada vez mais força cumpre ressaltar que, no entanto, ela não é a única. De acordo com Foucault (1972, p. 166 e seguintes), existem quatro formas de consciência acerca da loucura na sociedade ocidental, assim descritas por ele:

1. Uma *consciência crítica*, que a reconhece e a designa sob o fundo de coisa razoável, refletida, moralmente sábia;

2. Uma *consciência prática*, que reconhece a diferença entre loucura e razão constituída pela norma grupal e apoiada na tradição da comunidade; esta forte identidade grupal promove a solidariedade do grupo, mas também pode promover uma diferenciação desigual, uma divisão irreconciliável. Para além da consciência crítica que concebeu que houve um desvio, a consciência prática apóia-se sobre a idéia de que a diferença é uma escolha de outro modo de viver anormal, o que justifica posições de exclusão da vida comunitária partilhada;

3. Uma *consciência enunciativa*, que indica que alguém “é louco” por sua apreensão imediata, irrefletida. Não pertence à ordem do conhecimento, mas à ordem do reconhecimento, sendo sempre um espelho ou uma lembrança.

4. Uma *consciência analítica*, que busca suas formas, seus fenômenos, seus modos de aparecimento; afastando-se da loucura, observa; silenciando-a, escuta. Essa forma de consciência lança as bases para a construção de um saber objetivo da loucura. Efetua-se, assim, o apaziguamento do drama e o silêncio do diálogo.

Para Foucault (2001), tais formas de consciência são ao mesmo tempo insuficientes e solidárias umas com as outras, pois não podem deixar de se apoiar umas nas outras, nem também podem ser inteiramente absorvidas umas pelas outras, já que a existência de cada uma delas teria uma autonomia própria.

No entanto, a partir do século XIX, a *consciência analítica* da loucura ganha espaço progressivamente por meio da Psiquiatria, arvorando-se como a única forma de conhecimento válido, sendo as outras formas simples aproximações mal sucedidas do real. O domínio da razão sobre a loucura instaura-se como um direito absoluto. Direito que estabelece um saber competente sobre a ignorância, um bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações), uma normalidade que deve se impor à desordem e ao desvio (FOUCAULT, 1979, p. 127).

Ao reduzir todas as outras formas de consciência da loucura ao conhecimento médico-científico, a Psiquiatria torna-se a única a deter o saber apropriado em relação a ela e, por conseguinte, a única a prover o cuidado adequado por meio de técnicas próprias para a sua cura. Ao ser o *locus* desse saber-fazer, o antigo asilo, além da sua função de proteção, também ganha mais quatro funções, definidas assim por Esquirol²⁰: *liberar o paciente das influências externas; vencer as suas resistências internas; submetê-lo a um regime médico e impor-lhe novos hábitos intelectuais e morais*. Segundo Foucault (1979), em todas estas razões apresentadas por Esquirol, ressalta-se a tentativa de dominar e domesticar a loucura, tendo o hospital psiquiátrico como lugar indispensável para levar a cabo tal projeto. Tal como uma profecia, tais funções apregoadas pelo tratamento moral inaugurado por Pinel²¹ nunca deixaram de ser atualizadas pelo modelo psiquiátrico-asilar.

Denunciando estas relações desiguais de poder impostas pela Psiquiatria, surgem inúmeros movimentos “antipsiquiátricos”²², cujo aspecto central é a “*luta com, dentro e contra a instituição manicomial, segundo estratégias variadas em relação a estes jogos de poder institucional*” (FOUCAULT, 1979, p. 126). Tais movimentos contestatórios utilizam diversas estratégias que, segundo Foucault, podem ser assim resumidas:

1. Escapar aos jogos de poder segundo a forma de um contrato dual, livremente consentido pelo médico e pelo doente (Szasz);

²⁰ Esquirol é médico alienista, discípulo de Pinel. As classificações propostas pelos dois dominaram a Psiquiatria na primeira metade do século XIX. (Cf. PESSOTI, 1999).

²¹ Pinel é considerado o pai da psiquiatria moderna e estabelece a doença mental como problema de ordem moral.

²² Como movimentos “antipsiquiátricos” aqui estão sendo considerados todos os movimentos que insurgiram-se contra o modelo dominante, e não apenas o movimento inglês, de Laing, Cooper e Arterson (Cf. FOUCAULT, 1979).

2. Estabelecer um lugar privilegiado onde tais relações de poder devam ser suspensas ou rechaçadas no caso de se reconstituírem (Kingsley Hall);
3. Distinguir um por um e destruí-los progressivamente, no interior de uma instituição do tipo clássico (Cooper no Pavilhão 21);
4. Ligar tais jogos de poder às outras relações de poder que, do exterior do asilo já puderam determinar a segregação do indivíduo como doente mental (Basaglia).

A contestação desses poderes institucionais propicia o questionamento do poder médico juntamente com a sua forma de racionalidade: a *consciência analítica*. Assim, questionar esta forma de consciência implica, necessariamente, em *reconhecer* outras formas de saber em relação à loucura. *Não é apenas o modelo asilar* que é considerado opressivo e, portanto, designado de *manicômio* - como quer certa vertente da Psiquiatria descrita acima e, sim, todo um conjunto de saberes e práticas construídos a partir do próprio saber psiquiátrico que fixa sua superioridade em relação aos outros saberes sociais.

Como observa Foucault acerca da experiência de Basaglia em Gorizia o que a distingue em relação às demais reformas é justamente a possibilidade de relacionar os jogos de poder institucional do paradigma da Psiquiatria com os jogos de poder do paradigma societal capitalista, promovendo um questionamento de ambos. Portanto, são questionadas a cientificidade e a neutralidade do saber psiquiátrico e apregoada a necessidade de uma ampla reformulação teórico-prática não mais centrada no objeto doença mental nem no tratamento normatizador. A idéia fundamental é colocar a doença mental entre parênteses juntamente como todos os conceitos relacionados a ela (ROTELLI, 1987, p. 13).

O novo objeto é a *existência-sofrimento em relação ao corpo social* e a nova tarefa é a *reprodução social das pessoas*. Deste modo, todos os limites encontrados para a efetiva inclusão social do indivíduo que sofre em relação ao corpo social são definidos como “*manicomiais*”. Portanto, para Psiquiatria Democrática Italiana, o *manicômio* é “um conjunto de aparatos legislativos, científicos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença” (ROTELLI, 1990, p. 30).

Assim entendido, sejam o asilo, o hospital psiquiátrico, e outras quaisquer tentativas de demarcação de fronteiras entre estes equipamentos e o paradigma da Psiquiatria, não buscam senão ocultar sua íntima relação com este mesmo projeto (FERNANDES, 1999, p. 97), o projeto manicomial. Surge também uma classificação em relação aos novos equipamentos em Saúde Mental quanto à direção política adotada pelos mesmos, isto é, uma função “*alternativa*” ou “*substitutiva*” ao modelo manicomial. O manicômio converte-se,

pois, no grande símbolo da exclusão cujo desafio não é a destruição do estabelecimento, mas a sua superação na forma de *instituição* disseminada nos interstícios das relações sociais.

Saraceno (2001), pois, em contraposição ao modelo manicomial, sustenta que os manicômios não podem ser considerados a melhor resposta à doença mental, mencionando o que é necessário para se atingir uma inclusão social adequada, por meio de uma rede assistencial “substitutiva” a este modelo.

- Os pacientes com doença mental longa podem conviver com sucesso e de melhor forma na comunidade do que nos hospitais (BAKER e DOUGLAS²³; KIESLER e SILBULKIN²⁴);
- A articulação organizativa e a estrutural das soluções *habitacionais* são mais satisfatórias quando mais flexíveis para atenderem aos interesses dos usuários, podendo ser independentes ou comunitárias (HODGINS et all²⁵; HELMANN et all²⁶; GOERING et all)
- É essencial desenvolver uma política de interação com a comunidade vizinha às residências com o objetivo de aumentar a tolerância e desenvolver a solidariedade (BALUKAS e BAKEN, 1985);
- É essencial manter uma relação com as famílias, com a finalidade de co-envolvê-las na experiência de vida autônoma do usuário (FALLOON et all, 1982).

No entanto, o desenvolvimento da Saúde Mental em uma perspectiva efetivamente substitutiva aos manicômios é vista com preocupação e reserva (inclusive em certas universidades brasileiras). Uma das preocupações citadas é a tendência à chamada “psiquiatrização da vida social” já mencionada em relação à experiência da Psiquiatria de Setor Francesa e da Psiquiatria Comunitária Norte-Americana.

²³ BAKER, F. e DOUGLAS, C. Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons, **Community Mental Health Journal**, 26, 199,p. 497-505.

²⁴ KIESLER, C. A. e SILBULKIN, A. E. **Mental hospitalisation: myths and facts about a national crisis**, Sage, Newbury Park, California, 1987.

²⁵ HODGINS S. et all Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults, **Community Mental Health Journal**, 26, 1990, p. 507-561.

²⁶ HELMANN I. D. et all., 1985 Organizational size and perceptions in a residential treatment program, *American journal of Community Psychology*, 13, 1985, p. 99-105. GOERING e col. 1990;

Outra questão é a expansão crescente de cobertura, o que resultaria em um comprometimento cada vez mais profundo dos escassos recursos públicos, um verdadeiro “poço sem fundo”, como afirma Willians²⁷ (apud ALMEIDA FILHO, 1999, p. 123). Portanto, um dos desafios contemporâneos está em construir paradigmas que, ao mesmo tempo em que consigam das respostas adequadas aos problemas mentais, sejam também viáveis sob o ponto de vista da Saúde Pública.

Para Almeida Filho (1999), o paradigma baseado na mera ausência de *doenças neuropsiquiátricas* ou de *transtornos comportamentais* apresenta grandes limitações, tornando-se essencial uma conceituação de saúde mental “positiva”. Assim,

o conceito de “saúde” se torna necessariamente objeto de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora fora do âmbito dos programas assistenciais. Objeto-modelo construído por meio de práticas trans-setoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. (Almeida Filho, 1999, p. 123)

Saraceno (2001, p. 155), por sua vez, aponta que o problema não está apenas no corpo teórico da Psiquiatria, ou seja, o conflito real *não* está nos *paradigmas explicativos*, mas nos *paradigmas operativos*: o *paradigma biomédico* de um lado e o *paradigma da saúde pública* de outro. O que é importante ressaltar dessa afirmação é a estreita relação admitida pelo autor entre o campo “teórico” e o campo da “aplicação”, o que é totalmente negado pelo paradigma dominante, conforme abaixo.

A saúde pública, porém, não determina a extinção de hospitais ou a ‘desconstrução de especialidades médicas. Aliás, seria curioso se isso viesse a ser pleiteado em alguma outra especialidade, na qual um grupo resolvesse promover uma ‘reforma’ como a da antipsiquiatria. Não é difícil encontrar paralelos, por exemplo, para uma ‘reforma cardiológica’ (GENTIL, 1999, p. 17).

No entanto, afirma Kleinman²⁸ (apud ALMEIDA FILHO et all, 1999, p. 103) que a *saúde, a enfermidade e o cuidado* são partes de um sistema cultural e, como tais, devem ser entendidos em suas relações mútuas. Assim, analisá-los isoladamente acaba por distorcer a compreensão da natureza dos mesmos e de como funcionam num dado contexto.

²⁷ WILLIAMS, A. “The nature, meaning and measurement of health and illness: an economic viewpoint, IN: Social Science an medicine, 20(10), 1985, pp. 1023-7.

²⁸ KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. USA, Universit of California Press, 1980.

A noção de Saúde Mental assim, diferentemente da noção contida no modelo manicomial, inclui

a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que as usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação dos serviços de tratamento e de prevenção das doenças, e de promoção da saúde. (SARACENO 2001, p. 144)

Esta noção, segundo Saraceno (2001), não pode estar contida em um modelo exclusivamente biomédico, posto que implique em atores e ações múltiplos tais como serviços psiquiátricos, serviços sanitários não psiquiátricos, agências sociais, instituições civis, associações de familiares e famílias, associações de usuários, convívio social.

Assim, o campo da Saúde Mental é entendido de maneira complexa, sendo determinado por uma série de condições onde “encontram seu lugar e definem interações dialéticas os fenômenos políticos, os valores culturais, as relações histórico-sociais, as vicissitudes dos conjuntos humanos e os efeitos que geram nas formas de vida os enfrentamentos de poder” (BAREMBLITT apud GUINSBERG, 1996, p. 39).

O paradigma emergente, no entanto, está sob permanente questionamento, tanto epistemológico quanto societal, pois que interroga tanto os excessos de saber da Psiquiatria quanto à forma asilar de inclusão da doença mental assumida pelo Estado moderno, sob a égide do saber psiquiátrico dominante.

O paradigma emergente da Saúde Mental não defende uma reforma nem “mais” nem “menos” psiquiátrica. O saber da Psiquiatria participou em grande escala da primeira ruptura epistemológica, tendo o hospital psiquiátrico como o *locus* privilegiado de construção desse saber. Deste modo, este modelo não aspira realizar a segunda ruptura epistemológica, rompendo com a divisão entre ciência e senso comum e mesmo quando vai à comunidade, leva consigo todo seu arsenal técnico-científico para ordenar a realidade sob a sua ótica, ancorada na racionalidade técnico-científica, na sua consciência analítica, transformando a corporação de profissionais em construtores privilegiados do processo de cuidado.

Em oposição a esta postura, o paradigma emergente colhe suas reformulações não a partir do saber construído no hospital/asilo e repetido acriticamente nas academias e suas clínicas-escola, mas de uma navegação incerta e ainda pouco conhecida, propiciadas pelas experiências de inúmeras reformas assistenciais singulares. Neste processo cambiante, por vezes, o paradigma emergente deixa-se contaminar pelas dúvidas e propostas de convivência que emergem do modelo dominante.

Não se trata aqui de negar as contribuições do paradigma dominante. Trata-se de conceber o processo de cuidar como construído por uma configuração de saberes científicos, políticos, culturais, artísticos, dentre outros. Nos caminhos pela busca da superação do modelo psiquiátrico-asilar, a postura deve ser de abertura, afinal as práticas já estão ocorrendo e produzindo seus resultados, mesmo sem a devida fundamentação teórica, por vezes.

O paradigma emergente entende que muitas rígidas formas de exclusão sedimentadas nos espaços sociais foram forjadas graças a uma relação autoritária do hospital-asilo que respondeu ao desígnio de único lugar possível para a alteridade radical, traduzida em desordem e risco. Afinal, como admite a versão “esclarecida” do paradigma dominante, o espaço asilar não é o lugar de promover proteção social. No entanto, o paradigma emergente dá outros passos adiante, assumindo, em primeiro lugar, o desafio de construir novas práticas de cuidado não asilares sem recorrer de pronto ao saber estabelecido. Ao mesmo tempo, assume o desafio de interferir nas mudanças sociais como parte de um programa ético e político embutido na própria forma de saber científico, afinal, *saúde, doença e cuidado* são de determinação complexa e multifacetada, sempre relacionados ao contexto espaço-temporal em que se dão.

Não basta, assim, apenas a efetivação de políticas assistenciais de redução de leitos em hospitais psiquiátricos. A nova rede deve buscar superar tanto as fronteiras do hospital-asilo, como as fronteiras estabelecidas pelo modelo organicista/individual de conceber o sofrimento mental e as “perturbações” do viver. Tal rede de serviços *substitutivos* ao modelo manicomial deve se pautar em novas práticas de cuidado não mais baseadas na classificação psiquiátrica e no tratamento medicamentoso e/ou moral e, sim, devem estar abertas à geração de conhecimento advindos das relações e das práticas concretas estabelecidas com pessoas, famílias e comunidades. Ao buscar ver para além do saber tradicional, os profissionais devem admitir para si o desafio de estabelecer novos modos de relação entre quem cuida e quem é cuidado, diminuindo as assimetrias de poder existentes.

Devido às inúmeras posições consideradas emergentes no campo epistemológico, não as relatarei aqui. Afinal, este não é o objetivo da presente dissertação. Tratarei aqui, sim, da busca do protagonismo no cenário assistencial daqueles que, saindo da posição de objeto imposta pelo saber psiquiátrico, tentam falar por si próprios tensionando com aqueles que detém o poder de definir o cuidado dispensado à doença mental: os técnicos e gestores.

Vários movimentos questionaram o paradigma clássico da Psiquiatria e produziram inúmeras experiências de reforma psiquiátrica a partir de meados do século XX, em um momento de pós-guerra e de crise social, possibilitando a emergência de novas sensibilidades

e novas experiências sociais. Nas décadas de 60 e 70, em um novo contexto de reformas estatais e de grande movimentação social surgem os chamados Novos Movimentos Sociais e, nesse bojo, inúmeros movimentos específicos no campo da Saúde Mental com a participação de usuários e familiares que lutam pela desinstitucionalização a partir dos seus próprios pontos de vista. É o que veremos a seguir.

1.3 MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL: OS DIFERENTES QUEREM IGUALDADE.

Como constatado acima, o paradigma dominante da Psiquiatria encontra-se em crise. No entanto, apesar das ricas reconfigurações teórico-práticas emergentes ocorridas a partir de meados do século XX, a Psiquiatria biológica e o hospital psiquiátrico ainda apresentam grande vigor.

Nos últimos cinquenta anos certamente o papel hegemônico do hospital psiquiátrico foi colocado em questão de maneiras diversas, em lugares e tempos diversos, através da ativação de dispositivos de tratamento e assistência diferentes. Muito freqüentemente, entretanto, o colocar em questão tal situação não significou colocar em xeque, ou por que resultou em dispositivos paralelos aos hospitais psiquiátricos (é o caso da experiência francesa do setor), ou por que enalhou em uma crítica de grupos intelectuais sem poder (ou a vontade) de traduzir o pensamento em uma prática de transformação real (é o caso do movimento antipsiquiátrico inglês). (SARACENO, 2001, p. 63)

Em meio às tensões decorrentes de modelos que se contrapõem, surgem inúmeros movimentos sociais que busca interrogar saberes e práticas que sustentam esta assistência, posicionando-se publicamente sobre questões antes tidas como não pertencentes à sociedade, mas estritamente vinculadas ao campo dos especialistas.

A literatura acerca dos movimentos sociais em Saúde Mental apresenta fontes variadas além das tradicionais fontes acadêmicas. Existem estudos e documentos realizados por profissionais que se apresentam como usuários ou ex-usuários, estudos e textos elaborados por usuários e familiares, publicações coletivas de grupos de usuários, organizações e movimentos (relatórios de encontros, boletins informativos, pequenos jornais,

revistas etc.). Existem também materiais educativos, de capacitação e informativos produzidos por grupos de movimentos ou organizações não-governamentais que atuam no campo, focalizando temas específicos (VASCONCELOS, 2003, p. 280).

A seguir será apresentado um breve histórico dos movimentos sociais ocorridos nos Estados Unidos da América, na Europa e sua emergência e desenvolvimento no contexto brasileiro.

1.3.1 Experiências internacionais: rompendo o silêncio

Ao final dos anos 60 e início dos 70, verifica-se o surgimento de inúmeros movimentos sociais em Saúde Mental em países como Estados Unidos, Holanda, Japão e Suécia. Estes movimentos foram influenciados pelos movimentos de direitos humanos, pelo movimento feminista e pelos movimentos ligados ao campo da deficiência.

A característica nova e a diferença básica em relação aos demais movimentos anteriores no campo psiquiátrico é o domínio de 'pacientes' e de 'ex-pacientes' como principais atores sociais, e não os profissionais, que geralmente são mantidos como apoiadores e colaboradores. (VASCONCELOS, 2003, p. 282)

Assim, diferentemente das reformas anteriores nesse campo, temos em cena movimentos com a participação direta aqueles que sofrem a opressão - usuários e familiares, que buscam afirmar o direito de “falar por si mesmos” em pé de igualdade com aqueles que organizam e executam os serviços prestados: representantes do Estado, profissionais e suas corporações. Estes novos protagonistas buscam intervir, como nunca antes visto, nas práticas assistenciais e profissionais consideradas ineficientes e/ou opressivas e, enquanto tais, violadores dos direitos humanos e de cidadania.

Nos Estados Unidos, desde o início da década de 40, são registradas iniciativas de organização de ex-pacientes do Rockland State Hospital, em Nova York, pelas quais buscava-se instaurar grupos de ajuda mútua²⁹ conforme praticados pelos Alcoólicos Anônimos. Posteriormente, este grupo amplia suas concepções e práticas de funcionamento, começando também a desenvolver ações de suporte mútuo, que compreendem intervenções para além do espaço grupal³⁰.

Em 1944, este movimento fundou um grupo denominado "Nós Não Estamos Sós" (We Are Not Alone - WANA), que expandiu suas atividades produzindo boletins e visitando pacientes ainda hospitalizados. Em 1948, a partir desse grupo, é fundada a *Fontain House* que buscou organizar centros de trabalho, de educação e de atividades de entretenimento, organizados e administrados com a colaboração dos seus próprios associados.

Alguns autores consideram que a origem do que se denomina hoje de *reabilitação psiquiátrica* está nesta particular experiência. Naquela época, a assistência promovida pelos serviços psiquiátricos se afigurava predominantemente “clínica”, concebida como intervenções no indivíduo e ignorando o contexto. Estas novas iniciativas “foram desenvolvendo nos Estados Unidos os programas de reabilitação que os centros de saúde mental, de caráter mais clínico, não implantavam, salvo raras exceções” (DESVIAT, 1999, p. 93).

Na década de 60, inicia-se de forma intensa a reforma da atenção em Saúde Mental norte-americana sem, no entanto, a devida implantação de serviços extra-hospitalares. Este processo de desospitalização foi amplamente criticado por gerar, na verdade, uma completa desassistência ao devolver os usuários às suas famílias e a outros estabelecimentos asilares sem qualquer suporte extra-hospitalar, quando não abandonados a sua própria sorte.

²⁹ Ajuda mútua e suporte mútuo são dois conceitos diferentes. Ajuda mútua refere-se ao apoio intra-grupal, tipicamente realizados pelos grupos de Alcoólicos Anônimos. Suporte mútuo, por sua vez, refere-se às atividades de apoio complexas, também externas ao grupo, indo desde ajuda em tarefas cotidianas até o desenvolvimento de programas e projetos realizados por usuários e familiares (Cf., VASCONCELOS, 2003).

³⁰ Sixth International Seminar on the Clubhouse Model, Greenville, South Carolina, 1991.

Esta reforma teve o apoio explícito dos movimentos de direitos humanos e de contenção dos gastos públicos que ainda merecem ser devidamente esclarecidos (SARACENO, 2001), afinal, o Estado norte-americano³¹ realizou com mais competência as reivindicações de redução dos custos do que de respeito aos direitos dos usuários e familiares.

Assim, na década de 70, surgem movimentos questionando além do hospital psiquiátrico e o saber médico, a desassistência promovida por estas reformas. Esses movimentos tinham por objetivo desenvolver novas formas de ajuda e suporte mútuos, confrontando-se com os tratamentos psiquiátricos de natureza médica e buscando garantir plenos direitos de cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental. Inicialmente, esses movimentos tiveram forte influência do movimento antipsiquiátrico inglês³², que via no saber psiquiátrico uma forma de opressão. Esse movimento

passou por uma fase radical no princípio dos anos 70, excluindo os não usuários de seus grupos, conferências e boletins informativos. O precedente de exclusão de profissionais simpatizantes ocorreu primeiramente no Movimento pelos Direitos Civis do Negro e no Movimento de Mulheres. (WEINGARTEN, 2001, p. 15)

Os diversos grupos organizados realizavam também ações de defesa dos pacientes internados, pressão junto aos parlamentares para mudanças das leis, manifestações públicas, publicações de boletins informativos e o desenvolvimento de expressões artísticas dos problemas mentais (WEINGARTEN, 2001, p. 5).

Em 1979, os familiares participantes desse movimento divergem de algumas de suas ações e fundam a Aliança Nacional para o Doente Mental (NAMI). Esta entidade obteve rápido crescimento tendo atualmente mais de 1000 filiais em todo o país e mais de 220.000 membros. Apesar do reconhecimento por parte do movimento de usuários da importância política dessa organização, em princípio dos anos 80, diversos usuários fizeram oposição a ela, denunciando o seu apoio

³¹ Nos Estados Unidos quase não existiu um Estado de bem-estar do tipo europeu, sendo prioridade os gastos públicos dirigidos à competição militar com a União Soviética.

³² Este movimento tem início nos anos 50 do século passado e buscou romper com os princípios da “medicina mental”, a começar pela distinção entre “louco” e “normal”. Seus representantes iniciais foram três médicos, Laing, Cooper e Esterson, tendo seu auge nos movimentos estudantis, ecologistas e esquerdistas na década de 60 (DELACAMPAGNE, 2004).

Aos programas de Tratamento Assertivo na Comunidade, que por vezes, forçava aos usuários o uso de medicação como parte do tratamento. A NAMI esteve a favor deste tipo de tratamento medicamentoso forçado, já que 50% dos usuários/sobreviventes viviam em casa com suas famílias (FRESE & DAVIS, apud WEINGARTEN, 2001, p. 17).

Esta tensão entre os movimentos de usuários e de familiares revela distintas formas de conceber o sofrimento mental, bem como distintos objetivos a serem alcançados por estes seguimentos. Segundo Weingarten (2001), a organização dos familiares (NAMI) considera casos graves de doença mental como ‘distúrbios cerebrais’, apoiando a realização de pesquisas neurobiológicas, enquanto o movimento de usuários prioriza a luta pelos direitos civis e de cidadania dos usuários. Deste modo, enquanto os movimentos de familiares adotam a premissa do determinismo biológico das doenças, o que possibilita um processo de medicalização do problema, os movimentos de usuários defendem a não causação biológica da doença e combatem as internações compulsórias, aliando-se a antipsiquiatria (LOUGON & ANDRADE, 1995).

No final dos anos 80, o ideário antipsiquiátrico perde espaço e o movimento de usuários adota uma visão “filosoficamente pragmática”, aceitando a utilização de qualquer método que possa ajudar as pessoas com problemas mentais. Quanto aos serviços de saúde mental, o movimento de usuários norte-americano luta pela participação direta no *planejamento, implementação e avaliação de serviços de saúde mental, sendo também responsável pela proposição de serviços alternativos empreendidos pelos próprios usuários* (WEINGARTEN, 2001, p. 18).

Uma importante vitória deste movimento foi a promulgação da Lei 102-321 que estabeleceu conselhos de planejamento da assistência em saúde mental em todos os estados e o estabelecimento de Escritórios de Assuntos dos Usuários (OCAS) em cerca de 40 estados e principais cidades, que prevê inclusive a participação de usuários como seus funcionários. Quanto à composição desses escritórios,

seu quadro de pessoal é formado por usuários, como forma de incentivar o empowerment e a ajuda mútua em seus próprios estados. A organização trabalha no sentido de encaminhar a perspectiva do usuário nas áreas de elaboração de políticas e na concepção e práticas de órgãos do Estado que lidam com a saúde mental. Ao nível municipal, os diretores dos Escritórios defendem os direitos dos usuários, coordenam serviços sob a direção destes e organizam grupos de ajuda mútua. Tanto os Escritórios locais como os estaduais encorajam o envolvimento dos usuários e suas famílias em todos os níveis do sistema de saúde mental. (WEINGARTEN, 2001, p. 20)

Na Europa, também no início dos anos 70, os movimentos civis em saúde mental disseminaram-se através de diversos grupos de suporte mútuo e de defesa dos direitos dos usuários. Na Inglaterra, o movimento de usuários realiza diversas ações como a campanha de

oposição, em 1988, à tentativa do Royal College of Psychiatrists - principal organização dos psiquiatras ingleses - de ordenar tratamento compulsório na comunidade. Outro embate se deu com a ONG “Schizophrenia, a National Emergency” (SANE) que apresentava os usuários como pessoas perigosas e reivindicava a paralisação do programa nacional de fechamento dos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2003).

Em 1991, com o amplo crescimento de associações em diferentes países é tomada a iniciativa de criação da *Rede Européia de (Ex)Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria* - ENUSP (European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatric), que realizou vários encontros internacionais em diversos países³³. Nessa mesma época ocorre a fundação de uma federação de familiares, a *Federação Européia de Familiares de Pessoas Adoecidas Mentalmente* (EUFAMI – European Federation of Families of Mental Illness). A força destas confederações se expressa no número de organizações filiadas. A EUFAMI reúne 34 federações nacionais de 28 países enquanto a ENUSP conta com 324 entidades dentre associações locais, federações regionais e nacionais provenientes de 43 países³⁴.

No entanto, estas redes comportam uma diversidade de organizações civis em Saúde Mental que apresentam diferentes finalidades bem como diferentes formas de organização e ideologias. Assinalamos aqui algumas das principais diferenças destes grupos (VASCONCELOS, 2003):

- *Do ponto de vista organizativo*, a composição é variada (somente de usuários ou de familiares; de usuários e familiares). A participação dos profissionais nestes grupos pode ser totalmente vetada ou inserida nas condições de assessor ou apoiador ou, ainda, aceita de maneira incondicional como militante;
- *Do ponto de vista da autonomia*, os movimentos podem buscar uma autonomia mais na discussão das políticas assistenciais, ou ainda para as relações de cuidado, constituindo grupos de ajuda mútua e de suporte mútuo. Os grupos de ajuda e suporte mútuo podem ou não ter a presença de profissionais;

³³ Holanda, em 1991; na Dinamarca, em 1994; na Inglaterra, em 1997 e em Luxemburgo, em 1999 (Cf. VASCONCELOS, 2000, p. 283).

³⁴ Fonte: sites das entidades EUFAMI e ENUSP (2005).

- *Quanto aos objetivos*, os movimentos buscam interferir e mudar as políticas, os serviços, a legislação, a cultura profissional e a cultura mais ampla relacionada à doença e a saúde mental na sociedade, podendo ainda constituir grupos e serviços próprios. Podem colocar-se totalmente contrários aos saberes médicos psicológicos, ou podem adotar uma postura pragmática de aceitação de todos os recursos disponíveis; podem, ainda, adotar uma política anti-institucional (antimanicomial) ou adotar a defesa dos hospitais psiquiátricos;
- *Do ponto de vista da tática política*, buscam engajar-se no planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde mental, bem como na própria formação dos profissionais, questionando os saberes e os conceitos utilizados.

Em síntese, podemos dizer que os movimentos europeus e norte-americanos tendem a adotar uma postura mais autonomista em relação aos profissionais, criando grupos de composição apenas de usuários ou de familiares (VASCONCELOS, 2003; LOUGON E ANDRADE, 1995). Os movimentos de usuários tendem a adotar uma postura mais de defesa dos direitos enquanto os movimentos de familiares tendem a defender uma melhor atenção dos serviços de saúde, dando ênfase ao desenvolvimento de pesquisas biológicas na busca de melhores resultados de tratamento ou da cura da doença mental (LOUGON E ANDRADE, 1995, WEINGARTEN, 2001). Em relação à política assistencial os usuários tendem a defender um modelo de atenção comunitário *sem* o hospital psiquiátrico, ao passo que os familiares tendem a defender a sua permanência.

1.3.2 A experiência brasileira: “por uma sociedade sem manicômios”

O ponto de partida para uma revisão histórica dos movimentos em saúde mental será aqui posto no final da década de 70, portanto, aproximadamente dez anos após as primeiras experiências norte-americanas e européias terem surgido³⁵. O “atraso” das iniciativas brasileiras pode ser creditado ao regime autoritário brasileiro instituído a partir do golpe militar de 1964.

³⁵ Considerando aqui a emergência dos Novos Movimentos Sociais da década de 70.

Nesse período de guerra fria entre Estados Unidos e União Soviética todos os países tornaram-se peças de um grande xadrez mundial, a serem manipulados de acordo com os interesses dessas duas grandes potências. O golpe militar brasileiro fez parte desse jogo, buscando-se esconjurar a ameaça comunista que invadia a América Latina.

Assim, toda a sociedade civil viu-se emudecida com movimentos sindicais, sociais e artísticos sendo considerados focos potenciais de disseminação do ideário comunista e, portanto, devendo ser reprimidos a qualquer custo. Estava instituída a completa separação entre Estado e sociedade civil. Essa repressão indiscriminada a toda e qualquer manifestação política produziu uma solidariedade entre os diversos movimentos civis que se uniram contra o “grande inimigo”: o Estado brasileiro.

GOHN (1997), ao realizar um “*Mapeamento do Cenário dos Movimentos Sociais no Brasil*”, considera este momento inicial, de 1972 a 1984, como o “primeiro ciclo” dos movimentos sociais, que tem como característica a luta pela *redemocratização do país e pelo acesso aos serviços públicos*.

No meado da década de 80, com a queda do regime militar e a reinstalação do regime democrático, diversos projetos gestados no interior dos movimentos sociais são assimilados pelo governo da Nova República que incorpora também antigos militantes desses movimentos, colocando-os à frente de diversos órgãos estatais. Este período, segundo GOHN, compreende o “segundo ciclo” dos movimentos sociais, denominado de *institucionalização dos movimentos*, ocorrido de 1985 a 1989. Nesse período, ocorre a fundação das grandes centrais sindicais e das organizações não-governamentais em nível nacional.

No “terceiro ciclo”, compreendido de 1990 a 1997, ocorre a desmobilização dos movimentos populares urbanos, o crescimento de movimentos populares rurais e a *emergência de novos atores sociais*.

No entanto, em relação ao setor da saúde, chama a atenção nesse mapeamento proposto por GHON (1997) a não inclusão dos movimentos da área da saúde mental entre os importantes atores desse período. Como veremos adiante, o Movimento da Luta Antimanicomial poderia ser enquadrado nas categorias utilizadas pela autora como “movimentos específicos”, que surgem ao final do segundo ciclo, onde se registra o “Congresso de Bauru”, realizado em 1987. Ou então, poderia se enquadrado nos “movimentos nacionais” do terceiro ciclo já que o primeiro encontro nacional do movimento ocorreu em 1993.

Buscaremos, pois, retomar aqui brevemente as origens do Movimento da Luta Antimanicomial e suas manifestações no cenário brasileiro ocorridas a partir do final da década de 70. A movimentação em torno de reformas na atenção em Saúde Mental no Brasil teve início quando profissionais da área, grande parte deles ativistas de outros movimentos pela redemocratização do país, começaram a se reunir para atuar em torno de denúncias contra o tratamento desumano existente nos hospitais psiquiátricos. Estas denúncias coincidiam com uma série de manifestações que faziam oposição ao Regime Militar. Era a época das grandes greves do ABC paulista, do movimento pela anistia, enfim, um momento de grande movimentação da sociedade brasileira contra o poder autoritário do Estado.

A política de Saúde Mental adotada pelo Regime Militar expandiu consideravelmente o número de hospitais psiquiátricos que passaram de 341 no início da década de 70 para 430 no início da década de 80³⁶, sem que isso significasse uma melhoria da atenção oferecida³⁷. Segundo Pereira (2003, p. 79), uma das primeiras críticas a este modelo acontece em 1977 com a publicação de um manifesto de usuários “na forma de uma carta ao Jornal do Brasil. O conteúdo dessa carta era semelhante à causa dos presos políticos”.

No ano seguinte acontece a “Crise da DINSAM³⁸” (Divisão Nacional de Saúde Mental), na qual profissionais dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro criticam as precárias condições de trabalho e de assistência, inclusive com mortes de usuários e que acaba ganhando grande repercussão pública nacional. Em torno dessa luta, nasce o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental³⁹ (MTSM) com o objetivo de propor alternativas à assistência psiquiátrica até então oferecida. Este movimento organiza diversos encontros agrupando trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

³⁶ Fonte: SIH/SUS, COSAM/DAPS/MS (1941 – 1991)

³⁷ A ampliação desse modelo deu-se pela via da contratação pelo Ministério da Saúde do setor privado/filantrópico.

³⁸ DINSAM: órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de Saúde Mental no país.

³⁹ O I Encontro do MTSM foi realizado em 1978, Camboriú/SC.

Em novembro de 1979, acontecem novas manifestações com a vinda de Franco Basaglia⁴⁰ ao Brasil, havendo mais denúncias de maus-tratos no interior dos hospitais psiquiátricos tendo também ampla repercussão nos meios de comunicação. Nesse ano, acontece a criação de uma das primeiras associações em saúde mental do Brasil, a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho), criada inicialmente como um grupo de ajuda mútua⁴¹ para os familiares e que incorpora, posteriormente, ao final dos anos 80, também os usuários chamados de “problematizados”, expressão alternativa proposta pela associação para se referir aos doentes mentais (AMARANTE, 1995, p.119).

O II Congresso do MTSM, conhecido como o "Congresso de Bauru" (1987) é considerado o marco de fundação do Movimento da Luta Antimanicomial⁴². O Congresso do MTSM é marcado em reação a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida meses antes, que indicava um afastamento do MTSM das posições da DINSAM e da ABP, já que estas duas últimas estavam organizando a conferência. Nesse congresso é proclamada a palavra de ordem "*por uma sociedade sem manicômios*" e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. É também lançado o “Manifesto de Bauru”, tido como o documento de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A passagem do movimento dos trabalhadores (MTSM) para o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA⁴³) configura-se uma mudança importante. O MTSM havia se aglutinado a partir de críticas ao tratamento desumano existente nos hospitais psiquiátricos, compondo-se de um leque variado de posições acerca da reforma psiquiátrica a ser implementada. No entanto, o manifesto de Bauru anuncia uma propositura diferente: *a superação do modelo psiquiátrico-asilar*. Esta nova proposta repercute internamente no MTSM na forma de uma tensão, pois

⁴⁰ Franco Basaglia é líder do movimento conhecido como “Psiquiatria Democrática”, ocorrido na Itália, na década de 70.

⁴¹ VASCONCELOS aponta que esta associação estava voltada inicialmente para projetos de trabalho e socialização, o que a caracteriza como grupo de suporte mútuo. Esta associação foi a única entidade de familiares a participar da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

⁴² Usarei a designação genérica de Movimento da Luta Antimanicomial em função da cisão ocorrida no movimento em 2003 (Manifesto de fundação da *Rede Nacional Internúcleos do Movimento da Luta Antimanicomial*, dezembro de 2003).

⁴³ A partir de agora, para me referir ao movimento, utilizarei a sigla MLA

Dizia-se, então, que a radicalidade da proposição era ‘tecnicamente’ inviável: era ‘tecnicamente’ impossível tratar de pacientes agudizados sem o recurso à internação. Até mesmo para alguns membros daquele histórico Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, do qual o movimento antimanicomial representou uma retomada, mas principalmente, uma importante superação – assustados com a radicalidade da proposição da ‘sociedade sem manicômios’ – essa proposta parecia como algo folclórico, de pouca consistência, e até irresponsável. (SILVA, 2003, p. 95)

“Muitos havia – continua Silva (2003, p. 96), que defendiam e defendem ainda, até hoje, de boa fé, a existência de um bom hospício, higiênico, técnico e administrativamente aparelhado para que ele cumpra eficientemente as suas funções”.

Outra diferença do novo movimento está na proposta de composição que buscava ampliar as suas bases reunindo amplos setores da sociedade. No entanto, é interessante notar que, apesar do “Manifesto de Bauru” apontar para a

necessidade da construção de um laço social dos profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão constituída pela presença dos manicômios na sociedade brasileira (...) o mesmo *não traz nenhuma alusão a uma tarefa política, relacionada com a organização dos próprios atingidos e vitimados.*(SILVA, 2003, p. 90, grifo nosso)

No “Manifesto de Bauru”, a única referência explícita sobre a questão da composição do movimento diz que sua articulação “buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical”. Deste modo, SILVA (2003, p. 91) conclui que apesar da presença de

algumas delegações de usuários no encontro e de um ou outro familiar, a perspectiva de protagonização política estava mais centrada na figura de um movimento dos profissionais, com a sua cultura política tradicional de esquerda, aberta a laços políticos não elitistas, e ainda fortemente marcada por alguns traços corporativos e sindicais.

Assim, temos na origem do MLA, uma forte presença dos profissionais em um período de poucas organizações civis. Nesse período inicial do movimento, as experiências bem sucedidas do CAPS Luiz Cerqueira (1986), em São Paulo, e da intervenção no Hospital Anchieta (1989), em Santos, e as subseqüentes ações que ali aconteceram – como a implantação dos NAPS, as oficinas de trabalho, a rádio Tam Tam – animam os participantes do Movimento da Luta Antimanicomial que já contam, assim, com algumas experiências nacionais para demonstrar a viabilidade do seu projeto, então tido como uma mera utopia.

Em 1990, por influência do MLA, é apresentado o Projeto de Lei 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG). Este projeto previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais extra-hospitalares, além de regulamentar a internação compulsória. Segundo o próprio deputado, esta lei propunha uma radical transformação do modelo de atenção, em um momento em que “não havia nas Nações Unidas e sua Organização Mundial de Saúde uma compreensão e um consenso sobre o novo tratamento, nem mesmo sobre os direitos dos usuários”⁴⁴. Ressalta-se que, nesse período, a proposta do Ministério da Saúde expressa no Documento “*Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental*”, determinava uma convivência de dispositivos hospitalares com os extra-hospitalares⁴⁵.

A proposição do Projeto de Lei 3.657 insufla fortes reações dos prestadores de serviços hospitalares organizados na Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que se articulam para formar lobbies no Congresso Nacional e influenciar deputados e senadores. Além desta reação, em 1990, é fundada a Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais (AFDM), com uma postura de franca defesa da assistência oferecida pelos manicômios. Segundo Amarante (1995), esta associação surgiu apoiada pela FBH para fazer oposição ao projeto de lei antimanicomial.

⁴⁴ Fonte: Cidadania, boletim informativo do mandato do deputado Paulo Delgado, s/d.

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

O ano de 1992 apresenta-se alvissareiro para o movimento. A II Conferência Nacional de Saúde Mental torna-se uma das “mais extraordinárias mobilizações de energia e investimento jamais realizadas sobre uma temática de cunho sanitário” (VENTURINI, 1995, p.13), sendo realizadas 159 conferências municipais ou regionais e 24 conferências estaduais, envolvendo, em todo o processo, mais de vinte mil pessoas. Esta conferência reforça as definições da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), posicionando-se contrariamente a diversas técnicas tradicionais da psiquiatria, como o eletrochoque e a psicocirurgia.

Em 1993, acontece o I Primeiro Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Salvador/BA, com a presença de mais de 500 participantes, representando vários estados, dentre os quais, 40% eram de usuários e familiares (SILVA, 2003). O movimento define-se como apartidário, autônomo em relação ao Estado e comprometido com a luta política por transformações sociais mais amplas. Organizando-se em rede, o movimento constitui uma secretaria nacional, de caráter executivo, com plenárias semestrais e encontros nacionais realizados a cada dois anos. Uma das deliberações importantes desse período é a realização de encontros nacionais específicos de usuários e familiares pertencentes à luta antimanicomial, buscando-se garantir a “autonomia e os espaços próprios desses seguimentos” (SILVA, 2003, p. 102).

Em dois anos consecutivos acontecem vários encontros nacionais do MLA e de usuários e familiares vinculados ao movimento, demonstrando o espírito animado desse período pela confluência de interesses governamentais⁴⁶ e sociais que buscam emplacar mudanças estruturais na rede de assistência em Saúde Mental.

⁴⁶ Membros do movimento ocupam postos no Ministério da Saúde na área da saúde mental.

Assim, desde sua fundação, o Movimento da Luta Antimanicomial realiza intensa atividade política de intervenção no âmbito legislativo, conseguindo aprovar cinco leis estaduais. No âmbito assistencial, são realizadas reformas em diversas cidades assim como são tornadas públicas inúmeras violações dos direitos humanos ocorridos nos hospitais psiquiátricos. Em busca da constituição de um movimento amplo e de âmbito nacional, o movimento consegue realizar vários encontros nacionais⁴⁷, bem como garantir a realização de diversos encontros de usuários e familiares ligados ao movimento.

Em síntese, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira se torna possível a partir de um movimento social que apresenta uma composição de diversos seguimentos e com grande capacidade de influenciar as políticas públicas no sub-setor Saúde Mental. Do movimento de trabalhadores com larga experiência de militância política, diversos de seus participantes acabam por ocupar postos importantes em diversas instâncias governamentais, impulsionando a reforma a partir de dentro do Estado. Ao mesmo tempo, com sua base ampliada de usuários e familiares, principalmente a partir das reformas realizadas, o movimento consegue organizar diversas mobilizações nacionais por meio de grandes encontros e manifestações públicas divulgando o seu ideário antimanicomial.

O movimento também se constitui como um espaço importante de sistematização de experiências, de revisão de teorias e de construção de uma referência ético-política que tem influenciado tanto ações governamentais como diversos movimentos locais que disseminam uma cultura mais inclusiva em relação à loucura/doença mental.

A referência ético-política compartilhada e a confluência de ações entre governo e movimento social têm sido responsável pela quase indistinção entre o que vem a ser “reforma psiquiátrica” e “movimento antimanicomial”. Tanto que se é *impossível* confundir “reforma agrária” com o “MST”, inclusive no senso comum, não o é quando se fala de “Reforma

⁴⁷ Salvador/BA,1993; Belo Horizonte/MG, 1995; Porto Alegre/RS, 1997; Miguel Pereira/RJ, 2001; Xerém, 2004; Fortaleza, 2004)

Psiquiátrica” e de “Movimento da Luta Antimanicomial”. Formuladores teóricos do movimento se colocam em posições contrárias, alguns colocando reforma e movimento juntos (AMARANTE, 1995) ao passo que outros acentuam diferenças importantes (SILVA, 2003; LOBOSQUE, 2001)

Em virtude desta e de outras diferenças internas, o movimento tem apresentado uma série de tensões. A partir do VI Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (2000) e do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (2001), o MNLA passa por uma crise política que gerou uma divisão entre duas correntes principais, surgindo a RENILA, rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

A RENILA constituiu uma nova organização que conseguiu a adesão da maioria dos antigos núcleos do “Movimento Nacional” e importante apoio de organizações nacionais, como o Conselho Federal de Psicologia, um dos principais protagonistas da reforma no campo das profissões.

O estopim que gerou a cisão foi uma crítica contundente de alguns usuários à suposta manipulação dos profissionais nos processos decisórios tanto do MNLA e do movimento de usuários e familiares vinculados ao movimento. Segundo a RENILA, a cisão não foi gerada pelas críticas em si, mas pela “forma violenta (...), intolerável, impossibilitando a abordagem das divergências, o enfrentamento dos impasses e a tomada das decisões” (Carta de Princípios da Rede Internúcleos, 2004).

Lobosque (2001, p. 19-20), formuladora teórica do movimento, sistematizou cinco princípios gerais do Movimento da Luta Antimanicomial, sendo eles:

- 1) consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular e na luta política em geral;
- 2) a extinção progressiva do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso;
- 3) as abordagens das experiências da loucura devem apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura;
- 4) o movimento antimanicomial é um movimento social, que organiza trabalhadores, familiares e usuários de Saúde Mental no combate às diversas formas de exclusão social;
- 5) o movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade.

Esta sistematização foi realizada em 2001, antes da cisão do movimento. Posteriormente, ela aliou-se à RENILA.

Vasconcelos (2005), em trabalho mais recente, buscou sistematizar possíveis diferenças entre os dois movimentos antimanicômiais, resumidas em cinco temas:

- a) Quanto à autonomização dos seguimentos participantes;
- b) Quanto à relação dos usuários/familiares com os profissionais como atores políticos diferentes;
- c) Quanto à eficácia política na luta dentro do aparelho do estado *versus* uma organização de base mais ampla;
- d) Quanto ao perfil de objetivos e práticas mais amplo ou mais restrito do movimento.

No entanto, o autor adverte que a adoção de uma rígida divisão pode não condizer com a realidade de um movimento social, devido à organização nas diversas regiões e diferentes práticas desenvolvidas pelos vários núcleos que compõem ambos os movimentos.

1.3.3 A experiência mineira: “liberdade ainda que tam tam”

Ao final dos anos 70, dentro do contexto nacional de denúncias contra os manicômios, ocorre a vinda do psiquiatra Franco Basaglia e do sociólogo Robert Castel em Minas Gerais, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, o que vai influenciar a constituição de movimentos em Saúde Mental, basicamente compostos de trabalhadores da área. Em 1980, a revista *Rádice* registra o nascimento de uma associação no campo da Saúde Mental em Barbacena, no entanto, não há mais referências acerca desta associação.

De tal modo, somente a partir da reforma implementada pela Prefeitura de Belo Horizonte é constituído um movimento social amplo, perene e organizado. Esta reforma foi protagonizada pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental de Minas Gerais que apresentou uma proposta de reforma de assistência em Saúde Mental à coligação Frente BH Popular, eleita em 1992. Este movimento de trabalhadores teve forte influência teórica de Foucault e de Basaglia, tendo um decisivo papel de crítica à atenção centrada no modelo psiquiátrico e asilar.

Intitulando-se Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, seus membros promoviam encontros regulares, faziam-se presentes na cena política com seus questionamentos e reivindicações e participaram de experiências várias (...) Uma delas foi a auditoria realizada pela primeira vez pelo poder público em todos os hospitais psiquiátricos do Estado, que nos deixou a marca de encontrar milhares de vidas desumanizadas por anos e anos de internação, descaso, maus-tratos, amordaçamento. Constatamos, de forma inesquecível, a *violência intrínseca ao aparelho manicomial e a vital necessidade de sua extinção*. (LOBOSQUE & ABOU-YD, 1994, p. 248-9)

Adotando o ideário antimanicomial, este movimento conseguiu ocupar espaço na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte promovendo uma ampla reforma no modelo assistencial através da implantação dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), inspirados no modelo santista. A reorganização da assistência foi marcada por uma ênfase também na organização política dos usuários o que acabou por promover a fundação do Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) e, em seguida, da Associação dos Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM).

O movimento antimanicomial mineiro participou ativamente da construção do MLA em nível nacional, assumindo a sua secretaria executiva após o seu primeiro encontro, em 1993, e com isso organizando o seu segundo encontro, em 1995, ocorrido em Belo Horizonte. Neste mesmo ano, o movimento obtém a aprovação da lei da reforma psiquiátrica estadual (Lei 11.802/95), que preconiza a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por um modelo assistencial comunitário.

O Fórum Mineiro realizou também uma série de ações voltadas à mobilização em favor da aprovação do projeto de lei da reforma psiquiátrica e de defesa dos direitos humanos dos usuários. Debates teóricos e cursos dirigidos tanto para profissionais como para os usuários, projetos sociais em parcerias e convênios com universidades, poder público e organizações não governamentais também foram desenvolvidas por esse movimento.

Uma das mais importantes ações do movimento acontece nas comemorações do dia 18 de maio, em que todos os serviços de saúde mental da região metropolitana e até do interior do estado participam de uma grande manifestação carnavalesca nas ruas centrais da capital mineira. Mais de mil pessoas, dentre usuários, familiares e técnicos cantam e dançam a luta pela inclusão da loucura na cena da cidade.

Tanto em Minas Gerais como no restante do Brasil, o Movimento da Luta Antimanicomial teve sua organização a partir de um processo de reformas em que os principais protagonistas foram os profissionais. Somente a partir de experiências de reforma

psiquiátrica é que o movimento ampliou a sua constituição com a participação mais ampla dos usuários. Assim,

Os núcleos do movimento são liderados por profissionais, e suas atividades são predominantemente centradas até hoje na militância direta. Entretanto, o número de usuários e familiares vem crescendo efetivamente em seus encontros, tornando-se a maioria absoluta dos participantes. (VASCONCELOS, 2004, p. 4)

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A complexidade do objeto estudado nos remete a uma articulação dialógica com diversas disciplinas. A revisão de abordagens psychologizantes “têm trazido para dentro da própria Psicologia uma aproximação muito maior com categorias interdisciplinares, especialmente da Sociologia, da Antropologia, da História e da Filosofia Política” (PRADO, 2002, p. 64).

Assim, para o presente estudo, utilizei o referencial teórico dos Novos Movimentos Sociais de Boaventura de Souza Santos (SANTOS, 1999a) e a grelha analítica dos espaços estruturais da sociedade capitalista, (SANTOS, 1999a, 2001). Buscarei articular este quadro teórico com uma análise psicossocial que leve em conta o sofrimento ético-político⁴⁸ (SAWAIA, 1999) e a constituição da identidade coletiva (SANTOS, 2001; MELUCCI, 2001).

Frente ao sofrimento ético-político (SAWAIA, 1999) promovido por situações de opressão (LACLAU & MOUFFE, 1985) nos diversos espaços estruturais (SANTOS, 2001), os sujeitos buscam constituir identidades coletivas para o desenvolvimento de novas práticas solidárias (MELUCCI, 2001; SANTOS, 2001) e de lutas que busquem a liberdade para todos (MOUFFE, 1996), articulando, ao mesmo tempo, a luta pela igualdade e o respeito à diferença (SANTOS, 2001).

Cabe à Psicologia Social aprofundar o estudo acerca das emoções vivenciadas no processo de exclusão/inclusão social, dando a elas um enfoque não psychologizante.

⁴⁸ A influência dessa categoria, segundo Sawaia, vem de Heller (1979;1985), Espinosa (1957) e Vigotsky (1993). No seu livro “Pensamento e Linguagem” Vigotsky enfatiza que o cérebro reage às ligações semânticas e não apenas às neurológicas. SAWAIA (1999:102) vê semelhança com a afirmação de Freud, segundo a qual o corpo não é orgânico, mas erógeno e carregado de significado.

Ao introduzir as emoções como questão ético-política, obrigam-se as ciências humanas em geral e a Psicologia Social em especial, a incorporar o corpo do sujeito, até então desencarnado e abstrato, nas análises econômicas e políticas” (SAWAIA, 1999, p. 101).

A identidade coletiva conforma um “nós”, cujos elementos importantes são o compartilhamento de valores, crenças e projetos. Esta identidade, no entanto, não é dada a princípio, nem se mantém imutável no tempo. Como nos alerta Melucci (2001, p. 23),

Os movimentos não são personagens que se movem com a unidade de fins que lhes é atribuída pelos ideólogos. São sistemas de ações, redes complexas de relações entre níveis e significados diversos da ação social. A identidade coletiva não é um dado ou uma essência, mas um produto de trocas, negociações, decisões, conflitos entre atores. Processos de mobilização, formas organizativas, modelos de liderança, ideologias e formas de comunicação são níveis de análises significativos para reconstruir internamente o sistema de ação que constitui o ator coletivo. Mas também as relações com o exterior, com os concorrentes, aliados, adversários e, em particular, as respostas do sistema político e dos aparatos de controle social, definem um campo de oportunidades e de vínculos dentro do qual um ator coletivo se forma, se mantém ou se modifica no tempo.

Quanto às relações sociais de desigualdade produtoras de sofrimento ético-político, para que sejam objetos de luta política, faz-se necessário sua identificação enquanto uma relação passível de ser transformada. Isto é, tais relações de desigualdade devem deixar de ser vistas como relações de dependência naturalizadas, necessárias e inevitáveis, para serem vistas como relações de dependência dispensáveis, negativas e mutáveis. Laclau e Mouffe (1985) distinguem estes dois modos de relação desigual chamando as relações tidas como naturais de *relações de subordinação* e as relações entendidas como susceptíveis de serem transformadas de *relações de opressão*. Ou seja, a identificação de uma relação desigual como opressora e a imaginação de possíveis formas de sua superação é o processo de *politização* em si.

A demarcação de fronteiras políticas é fundamental para a constituição da identidade coletiva de um movimento, pois é a partir do reconhecimento de que na arena política há interesses que se opõem permite a constituição um “nós” que lutará contra um “outro”. Portanto, este “nós” se constitui em oposição a um “eles” de forma dinâmica no processo de luta em um campo de lutas a serem travadas (MELUCCI, 2001). Assim, a identidade do movimento é fruto de um processo em que o opositor participa ativamente.

A seguir, apresentarei a concepção teórica de Boaventura Santos (1999a; 2001) acerca dos Novos Movimentos Sociais bem como as principais características que devem estar presentes nesses movimentos para que tenham uma postura emancipatória.

2.1 OS NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS

As temáticas dos “novos sujeitos sociais” e dos “novos movimentos sociais” têm dominado grande parte dos estudos nas ciências humanas nas últimas décadas. A partir da década de 60, surgem inúmeros movimentos sociais que buscam tematizar novas questões para além da tradicional relação capital-trabalho e que foram denominados de “Novos Movimentos Sociais”. Para Gohn (1995, p. 44), esta expressão foi

cunhada na Europa, nas análises de Claus Offe, Touraine e Melucci e diz respeito aos movimentos sociais ecológicos, das mulheres, pela paz e etc. Os novos movimentos se contrapõem aos velhos movimentos sociais, em suas práticas e objetivos, ou seja, se contrapõem ao movimento operário-sindical, organizado a partir do mundo do trabalho.

Esses movimentos rompem com a divisão entre o público e o privado e possibilitam uma visão da política para além do marco legal da distinção entre Estado e sociedade civil. Estes Novos Movimentos Sociais (NMSs) criticam os excessos de regulação capitalista não somente no

modo como se trabalha e produz, mas também como se descansa e vive; a pobreza e as assimetrias das relações sociais são a outra face da alienação e do desequilíbrio interior dos indivíduos; e, finalmente, essas formas de opressão não atingem especificamente uma classe social e sim grupos sociais transclassistas ou mesmo a sociedade no seu todo. (SANTOS, 1999a, p. 258)

Ao dar voz a identidades antes totalmente excluídas do processo político, esses movimentos tematizam publicamente questões cotidianas a fim de romper com situações vistas como opressoras e que antes eram relegadas a soluções individuais e privadas.

Além das mulheres, os negros, os índios, os velhos, as crianças, os gays, as lésbicas, os loucos, viviam relações de dominação não reconhecidas publicamente e que, por conseguinte, não eram reconhecidas como relações de poder. Estes ‘não seres’ não tinham voz, e a única identidade que possuíam era a de excluídos do poder de falar no discurso dominante. (...) Os movimento sociais se apropriam dessas identidades das mais diversas formas e invertem o sinal, transformando-as não na prova da necessária exclusão, mas dando-lhes voz. (PINTO, 1999, p. 113, grifo da autora)

Deste modo, os NMSs problematizam as relações hierárquicas tradicionais mantenedoras de identidades rígidas e subalternizadas.

Perante a transformação do cotidiano numa rede de sínteses momentâneas e localizadas de determinações globais e maximalistas, o senso comum e o dia-a-dia vulgar, tanto público como privado, tanto produtivo como reprodutivo, divulgam-se e passam a ser oportunidades únicas de investimento e protagonismo pessoal e grupal. (SANTOS, 1999a, p. 261)

Estes movimentos, em sua maioria, constituem tanto uma crítica do “fim do político” (FUKUYAMA, 1992) defendido pelo neoliberalismo como uma crítica do projeto socialista marxista. Estes Novos Movimentos Sociais trazem para a cena política novos protagonistas que visam politizar diversas relações sociais com uma necessária urgência transformadora: “ou começa hoje ou não começa nunca” (SANTOS, 1999a, p. 259). Diferentemente da grande revolução promovida pela socialização dos meios de produção apreendida pelo marxismo, a emancipação

Não é mais do que um conjunto de lutas processuais, sem fim definido. O que a distingue de outros conjuntos de lutas é o sentido político da processualidade das lutas. Esse sentido é para o campo social da emancipação, a ampliação e o aprofundamento das lutas democráticas em todos os espaços estruturais da prática social conforme estabelecido na nova teoria democrática. (SANTOS, 1999a, p. 277)

Esta nova teoria da democracia, além de incluir uma articulação entre democracia representativa e democracia participativa, deve promover uma repolitização das práticas sociais (SANTOS, 2001), a fim de desnaturalizar formas produtoras de sofrimento ético-político (SAWAIA, 1999) em diversos espaços estruturais com vistas a abrir novos campos de luta. É necessário, contudo, abandonar a concepção liberal de cidadania circunscrita na relação vertical com o Estado, devendo-se buscar “uma forma de identidade política que consiste numa identificação com os princípios políticos da democracia pluralista moderna, isto é, a afirmação da liberdade e da igualdade para todos” (MOUFFE, 1996, p. 113-4).

Uma interpretação “democrática radical” enfatizará a politização de numerosas relações sociais opressivas que deverão ser questionadas e superadas. Politização, na visão de Santos (1999a, p. 271), *significa identificar relações de poder e imaginar formas práticas de transformá-las em relações de autoridade partilhada*. Para este autor, o que motiva esta mudança de relações opressivas é a “inquietude”. Aqui, no entanto, conforme já dito acima,

adotarei a categoria psicossocial de *sofrimento ético-político*, proposto por Bader Sawaia (1999) para os estudos da exclusão.

A exclusão vista como *sofrimento de diferentes qualidades* recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas, sem perder o coletivo. Dá força ao sujeito, sem tirar a responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão. (SAWAIA, 1999, p. 98, grifo nosso)

Segundo Heller⁴⁹ citada por Sawaia (1999, p. 102) a dor é diferente de sofrimento, pois enquanto a dor é própria da vida humana, o sofrimento é determinado pelas injustiças sociais. Assim, a *vergonha* e a *culpa* são como sentimentos morais generalizativos e ideologizados com a função de manter a ordem social excludente, de forma que a vergonha das pessoas e a exploração social constituem a mesma face de uma mesma questão.

O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. (SAWAIA, 1999, p. 105)

O contraponto do sofrimento ético é a felicidade pública. A felicidade, segundo Heller (1979), também não é o mesmo que o prazer e a alegria, pois estas são circunstanciais e aparecem momentaneamente na vivência do sofrimento ético-político, sem produzir uma alteração significativa. A felicidade é alcançada com a conquista de algo que represente uma “conquista da cidadania e da emancipação de si e do outro, e não apenas de bens materiais circunscritos. A felicidade ético-política é sentida *quando se ultrapassa a prática do individualismo e do corporativismo para abrir-se à humanidade*” (SAWAIA, 1999, p. 105, grifo nosso).

⁴⁹ HELLER, A. Teoría de los sentimientos. 3ª ed.. Madri: Editorial Fontamara S.A., 1979.

2.1.1 O papel dos novos movimentos sociais na transição paradigmática

A transição paradigmática é um período histórico e uma mentalidade cuja marca é a incerteza e que “repercute nas estruturas e nas práticas sociais, nas instituições e nas ideologias, nas representações sociais e nas inteligibilidades, na vida vivida e na personalidade” (SANTOS, 2001, p. 257).

Logo, esta transição influencia tanto os dispositivos de regulação social, como os dispositivos de emancipação social. Portanto, é necessário reconstruir teoricamente esses dispositivos, revelando as íntimas cumplicidades entre a ciência moderna e o direito estatal moderno na construção da modernidade capitalista. A ciência traduziu-se como a única forma de conhecimento válido, ao passo que o direito estatal assumiu igualmente o privilégio de ser a única forma de direito válido.

Ao reduzir as ricas tradições epistemológicas do primeiro período do Renascimento à ciência moderna e as ricas tradições jurídicas desde a recepção do direito romano ao direito estatal, o Estado liberal oitocentista teve um papel fundamental, e concedeu a si próprio um extraordinário privilégio político enquanto forma exclusiva de poder (SANTOS, 2001, p. 257)

Deste modo, conformou-se uma redução do conhecimento à ciência; do direito ao direito estatal; e, dos poderes sociais à política liberal.

O paradigma da modernidade é complexo e passível de variações e de desenvolvimentos contraditórios. Tal paradigma, conforme Santos (2001), assenta em dois pilares, o da *regulação* e o da *emancipação*.

O *pilar da regulação* é constituído por três princípios ou lógicas: o *Princípio do estado*, formulado essencialmente por Hobbes, consiste na obrigação política vertical entre cidadãos e Estado; o *Princípio do mercado*, desenvolvido por Locke e por Adam Smith, consiste na obrigação individualista e antagônica entre os parceiros do mercado; e o *Princípio da comunidade*, presente na teoria social e política de Rousseau, consiste na obrigação política horizontal solidária entre os membros da comunidade e entre associações.

Já o “pilar da emancipação” é constituído por três lógicas de racionalidade, que o autor toma de Max Weber: a racionalidade estético-expressiva das artes e da literatura; a

racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia; e a racionalidade moral-prática da ética e do direito.

O paradigma da modernidade é um projeto carregado de contradições internas ao mesmo tempo em que é um projeto revolucionário. Para Santos, cada um dos pilares tendeu a desenvolver uma vocação *maximalista* ao se estabelecerem em princípios independentes e dotados de diferentes funções: no lado da regulação, a maximização do Estado, do mercado ou da comunidade; no lado da emancipação, a estetização, a cientificização ou a juridicização da práxis social (idem, p. 51).

Com as dificuldades deste paradigma, os excessos foram considerados “fortuitos” e os déficits tidos como “deficiências temporárias” que seriam resolvidos com os recursos da modernidade. Essa gestão dos excessos e dos déficits foi progressivamente confiada à ciência, e de forma subordinada, ao direito. A ciência, ao transformar-se em uma poderosa força produtiva, reforça os critérios de *eficiência* e *eficácia* a ponto de se tornarem os critérios racionais das outras lógicas emancipatórias.

Para o autor, esta gestão dos excessos e dos déficits da modernidade não pôde ser realizada apenas pela ciência, tendo assim forte da participação do direito. A gestão científica da sociedade teve de ser resguardada através da integração normativa e da força coercitiva fornecida pelo direito. Assim, a “despolitização científica da vida social foi conseguida através da despolitização jurídica do conflito social e da revolta social” (idem, p. 52). Uma das características fundamentais da modernidade é a relação de cooperação e circulação de sentido entre ciência e o direito.

No entanto, Santos discorda de Foucault quando este aponta uma incompatibilidade entre o poder jurídico e o poder disciplinar. A tese defendida por Foucault é a de que, a partir do século XVIII, o poder do Estado (aquilo que ele chama de poder jurídico ou legal) foi defrontado com outra forma de poder que gradualmente o vai deslocando. Esta outra forma de poder o autor designa de *poder disciplinar* que foi gerado pelo conhecimento científico das ciências humanas e aplicado pelos profissionais em diversas instituições tais como escolas, hospitais, quartéis, prisões, famílias e fábricas. Assim, para Foucault, o poder jurídico tem organização centralizada no Estado, sendo exercido de cima para baixo, enquanto o poder disciplinar não tem centro, é exercido capilarmente em toda a sociedade, partindo do discurso científico de normalização e de padronização.

Para Santos (2001), este poder disciplinar corresponde à gestão dos déficits e excessos da modernidade, não sendo incompatível com o poder jurídico. “A autonomia entre direito e ciência é fruto de uma transformação isomórfica do primeiro num *alter ego* da

segunda”. Apesar dessa divergência com Foucault, Santos adota a categoria de poder, definindo-o como “qualquer relação social regulada por uma troca desigual” (idem, p. 266). O *poder*

é uma relação social por que a sua persistência reside na capacidade que ela tem de reproduzir desigualdades mais através da troca interna do que por determinação externa. As trocas podem abranger virtualmente todas as condições que determinam a ação e a vida, os projetos e as trajetórias pessoais e sociais, tais como bens, serviços, meios, recursos, símbolos, identidades, capacidades, oportunidades, aptidões e interesses. (idem, p. 266-7)

Uma determinada relação emancipatória envolve sempre uma constelação de práticas e de relações emancipatórias e, portanto, pode não ser fácil, sobretudo por que a capacitação que elas visam envolve o incremento da igualdade em algumas relações e o incremento da diferença em outras (idem, p. 269). É preciso um *princípio geral de igualdade* – a **distribuição**, que não seja apenas processual, que possibilite a **capacitação**, *não apenas através da igualdade, mas igualmente através da diferença*. A emancipação apresenta duas faces interdependentes: “sem mudanças na distribuição não haverá mudanças na capacitação, e vice-versa” (idem, p. 271). Assim, “emancipação em si” não existe, mas antes relações emancipatórias que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais.

Na prática, a contradição e a competição paradigmáticas implicam a experimentação com formas alternativas de sociabilidade. Por isso, um dos principais objetivos das forças emancipatórias consiste

em garantir que a experimentação ocorra em condições tais que o paradigma emergente não seja desacreditado logo à partida. Conseguir esta garantia é em si, uma luta política que, embora travada em todos os espaços estruturais é em si, uma luta desenvolvida no espaço da cidadania e centrada em torno do Estado. (idem, p. 334)

As formas emancipatórias nos diferentes espaços estruturais expandem-se na medida em que se articulam umas com as outras em constelações de práticas e de conhecimentos emancipatórios.

No campo da Saúde Mental os vários movimentos sociais de usuários e familiares, principalmente a partir dos anos setenta, têm ocupado o papel de interrogar o paradigma dominante da Psiquiatria e de propor mudanças em diversos espaços estruturais.

2.2 OS ESPAÇOS ESTRUTURAIS DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Para Santos (2001), as sociedades capitalistas são formações políticas, jurídicas e epistemológicas constituídas por seis modos básicos de produção de poder, de direito e de conhecimento. Estes seis modos básicos são espaços estruturais aonde se desenvolve a interação social, sendo eles: o *espaço doméstico*, o *espaço da produção*, o *espaço do mercado*, o *espaço da comunidade*, o *espaço da cidadania* e o *espaço mundial*.

Os espaços estruturais constituem os lugares centrais da produção e reprodução das trocas desiguais nas sociedades capitalistas, mas também são susceptíveis de serem convertidos através da prática social transformativa, em lugares de relações emancipatórias. Com este modelo, Santos (2001) busca substituir diversas concepções dualistas tais como: Estado versus Sociedade Civil; esfera pública e esfera privada, política como uma dimensão ou setor especializado da vida social, identificado com o Estado, redução do direito ao direito estatal e a concomitante separação entre direito e política.

Um modo de produção de prática social é um conjunto de relações sociais cujas contradições internas lhe conferem uma dinâmica endógena específica e constituída por seis dimensões básicas, a saber: a unidade de prática social, a institucional, a dinâmica interacional e de desenvolvimento, a forma de poder, a forma de direito e a forma epistemológica. A especificidade de cada um dos espaços estruturais reside no tipo de troca desigual que marca as relações sociais que nele se estabelecem.

Ao mesmo tempo em que são lugares de trocas desiguais, em cada um dos espaços estruturais, o paradigma emergente constrói-se a si mesmo através de uma tripla transformação (SANTOS, 2001): a transformação do poder em autoridade partilhada; a transformação do direito despótico em direito democrático e a transformação do conhecimento regulação em conhecimento emancipação.

Para o presente trabalho, realizei um recorte utilizando três espaços estruturais: o espaço doméstico, o espaço comunitário e o espaço da cidadania. A ênfase nestes três espaços significa que serão explorados os dados empíricos referentes aos mesmos, o que não significa

uma desconsideração da importância dos outros espaços já que, de acordo com SANTOS (2001), as lutas emancipatórias têm de atender a todos os espaços estruturais.

O espaço doméstico é o conjunto de relações de produção e reprodução da domesticidade. Apresenta múltiplas formas de relacionamentos cooperativos, de partilha e de cuidado entre seus membros. O espaço doméstico é definido mais amplamente em termos de “agregado doméstico” do que em termos de “família” sendo sua lógica de desenvolvimento a maximização da afetividade. As instituições são o casamento, a família e o parentesco e a forma de poder predominante é o patriarcado. Ampliando a idéia de direito, Santos (2001) diz há um direito neste espaço, sendo entendido como um conjunto de regras, de padrões normativos e de mecanismos de resolução de litígios que resultam da e na sedimentação das relações sociais concretas existentes no agregado doméstico. Desse modo, esse espaço não é uma folha em branco sobre o qual o Estado simplesmente escreve as suas leis. O espaço doméstico é um campo social complexo onde o direito do Estado e direito doméstico se envolvem em constante processo de interação, negociação, compromisso, conflito, reforço e neutralização mútuos (SANTOS, 2001).

O espaço da comunidade é baseado nas relações de reprodução dos territórios simbólicos e físicos e das identidades e identificações comunitárias. Apesar da produção e reprodução das identidades estarem presentes e incorporadas nos seis espaços estruturais, cristalizam-se no espaço da comunidade. A lógica de desenvolvimento é a maximização da identidade, caracterizada por mobilizar forte energia emocional e uma busca contínua das raízes. A dinâmica deste espaço é organizada a partir das obrigações políticas horizontais (SANTOS, 2001). No espaço da comunidade a forma de poder é a *diferenciação desigual*, que atua pela criação da *alteridade*, pela agregação da identidade e pelo exercício da diferença. Para esta forma de poder, é essencial o dualismo da inclusão (daquilo que pertence) e da exclusão (daquilo que é estranho), o que separa o “nós” dos “outros” em diversos graus. A inclusão e a exclusão no espaço da comunidade se apresentam de formas variadas dependendo do contexto, pois o conhecimento local, a tradição e as culturas locais são determinantes nessa definição.

Por fim, o espaço da cidadania é o conjunto de relações sociais que constituem a “esfera pública” e, em particular, as relações de produção de obrigação política vertical entre cidadãos e o Estado. A sua lógica de desenvolvimento é a maximização da lealdade, baseada na legitimação e na hegemonia. A forma de poder no espaço da cidadania é a dominação, caracterizando-se pela sua forte institucionalização e pela auto-reflexividade. O direito territorial marca o espaço da cidadania. As sociedades capitalistas tendem a reduzir a *política*

ao espaço da cidadania em senso comum político, o direito ao direito estatal em senso comum jurídico e o conhecimento ao conhecimento científico em senso comum epistemológico. Assim, “depois de convertidas em senso comum, orientam a prática social, criam uma ordem e espaços auto-situados – a política é aqui, o direito é ali, a ciência é acolá” (SANTOS, 2001, p. 326).

Os espaços estruturais apresentam lógicas próprias de funcionamento, apresentando dimensões como: unidade de prática social, instituições, dinâmica de desenvolvimento, forma de poder, forma de direito e forma epistemológica. A tabela 1 apresenta os espaços estruturais estudados neste trabalho, conforme proposto por Santos (SANTOS, 2001).

Tabela 1: Espaços estruturais da sociedade capitalista ocidental

ESPAÇOS ESTRUTURAIS	DIMENSÕES					
	UNIDADE DE PRÁTICA SOCIAL	INSTITUIÇÕES	DINÂMICA DE DESENVOLVIMENTO	FORMA DE PODER	FORMA DE DIREITO	FORMA EPISTEMOLÓGICA
ESPAÇO DOMÉSTICO	Diferença sexual e geracional	Casamento, família, parentesco	Maximização da afetividade	Patriarcado	Direito Doméstico	Familismo, cultura familiar
ESPAÇO DA COMUNIDADE	Nação, Povo, religião	Comunidade, vizinhança, região, organizações populares de base, igrejas, <u>Amizade</u>	Maximização da identidade	Diferenciação o desigual	Direito da comunidade	Conhecimento local cultura da comunidade e tradição
ESPAÇO DA CIDADANIA	Cidadania	Estado	Maximização da lealdade	Dominação	Direito Territorial (estatal)	Nacionalismo, educacional, e cultural, cultura cívica
ESPAÇO MUNDIAL	Estado nação	Sistema inter-estatal. organismos, e associações internacionais, tratados internacionais	Maximização da eficácia	Troca desigual	Direito sistêmico	Ciência, progresso universalístico, cultura global

A seguir, relacionaremos estes três espaços ao campo dos saberes psiquiátricos, isto é, tentaremos reconstituir historicamente a trajetória do poder, do direito e do conhecimento no espaço doméstico, comunitário e da cidadania.

2.2.1 Saúde Mental e Espaço Doméstico

Desde o início do capitalismo, o espaço doméstico tem sido um espaço de intervenção privilegiado do Estado por meio das práticas médicas higienistas.

A saúde e o bem-estar tornam-se, a partir do século XVIII, tema prioritário para o modelo familiar da época: a família burguesa. A família passa a ser pensada como o núcleo essencial da sociedade, tornando-se a estrutura privilegiada a partir da qual podem ser garantidas a educação, a assistência, a segurança e a felicidade de cada um dos sujeitos que compõem o corpo social. (CAPONI, 2000, p. 84)

Enquanto a medicalização da família burguesa passa pela necessidade de diminuição do grande número de óbitos de crianças entregues às amas de leite, a medicalização da família proletária buscava inibir o grande abandono das crianças nos hospícios.

É assim que tanto a família popular quanto a família burguesa, por questões diversas mas solidárias, acabam reforçando uma coesão alicerçada em *excluir o que é estranho*. No caso da família burguesa, a coesão exclui os possíveis inimigos externos, os domésticos; no caso da família popular, exclui as tentações do exterior, os bares, a rua. (CAPONI, 2000, p. 89, grifo nosso)

A família burguesa torna-se cada vez o modelo ideal de “célula da sociedade”, cuja constituição se faz contra um fora ameaçador. “Esse grupo de pais e filhos, felizes com sua solidão, estranhos ao resto da sociedade, não é mais a família do século XVII, aberta para o mundo invasor dos amigos, clientes e servidores: é a família moderna” (ARIÈS, 1981, p. 270).

A família conjugal moderna foi o resultado da educação higiênica do século XIX, do controle terapêutico que maximalizou a racionalidade cognitivo-instrumental por meio da ciência e da técnica, inaugurando um modo de redução política da vida social do agregado doméstico eficiente até os dias atuais. A família passa a ser o lugar privilegiado de qualquer forma de intervenção que solidifique os valores político-ideológicos de manutenção da ordem social.

Desde seu nascimento, o saber psiquiátrico, ao instaurar-se no antigo asilo, torna indispensável a retirada do membro adoecido do espaço doméstico para seu tratamento. O espaço doméstico é considerado como uma das principais causas do adoecimento mental, fruto de relações parentais inadequadas. Os cuidados familiares e a solidariedade para com o membro adoecido são convertidos em algo que dificulta o diagnóstico e impede o tratamento adequado.

O domínio hospitalar é aquele em que o fato patológico aparece em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca. Ainda há pouco, a família formava o lugar natural, em que a verdade aflorava sem alteração; agora, nela se descobriu um duplo poder de ilusão: a doença corre o risco de aí ser mascarada por cuidados, um regime, uma tática que a perturbam; e está tomada na singularidade das condições físicas que a tornam incomparáveis às outras. (FOUCAULT, 2001, p. 123-4)

A Psiquiatria promove uma completa submissão da família à lógica do pensamento único em relação à loucura, vista agora somente como “doença mental”. Enquanto doença, o único saber que é capaz de dar suporte adequado é o saber especializado da medicina mental.

Já na primeira metade do século XX, a psicanálise ganha grande reconhecimento nos meio acadêmicos e na sociedade européia, começando também a intervir no espaço doméstico com posições que reforçaram a culpabilização dos familiares pelo aparecimento da doença mental, assim como fez a psiquiatria. Segundo DONZELOT (1980), a psicanálise, a partir dos problemas escolares das crianças, sugere que a sua resolução está justamente na família.

O discurso psicanalítico se mostrou valioso para todos os setores da sociedade que desejavam fortalecer a estrutura familiar. Na França, este conjunto de grupos e instituições ficou conhecido como a “corrente familiarista”. Em torno desta corrente se aglutinavam a burguesia, ligas de pais e de mães, associações de pais e alunos, entidades de escoteiros e organizações filantrópicas que se propunham a ajudar os pais na educação dos filhos e trabalhar para aumentar a coesão e a importância da família nuclear na vida social (MELMAN, 1998). Assim, cada vez mais os psicanalistas foram ocupando lugares antes ocupados pelos padres e médicos.

No entanto, tais práticas foram alvo de intensas críticas de que a psicanálise estaria assim como o saber médico, promovendo uma normalização da família. Segundo Costa (1999), esta despolitização do cotidiano doméstico foi promovida pela psicanálise ao reduzir todos os conflitos familiares à esfera das “micropreocupações” em torno do corpo, do sexo, da família e do intimismo psicológico. A psicanálise promove a família nuclear burguesa à base de sua teoria, desconsiderando outras formas de agregados domésticos bem como a sua historicidade, atribuindo qualquer desvio em relação a este modelo ideal como “desestruturação familiar” e causa dos problemas de seus membros.

Também o movimento antipsiquiátrico inglês, liderado pelos psiquiatras Laing e Cooper viram na família a origem da loucura. Para esses autores a loucura é encarnada pelo membro mais fragilizado e, portanto, a família tenderia a promover a sua exclusão. Segundo Melman (2002, p. 68),

se é inegável o mérito do movimento antipsiquiátrico em denunciar a situação de abandono e exclusão social a que estão submetidos os doentes mentais, também é evidente que a aliança passional que esses autores estabeleceram com os pacientes resultou numa postura maniqueísta. De um lado, os pacientes são vistos como vítimas. De outro, as relações familiares e as famílias são vilões.

Desde modo, promoveu-se uma expropriação crescente do espaço doméstico enquanto um lugar de cuidado adequado em relação ao membro adoecido.

Apesar do questionamento destas posições por diversas abordagens teóricas, principalmente a partir da década de 60, constata-se no atual processo de reforma da atenção em Saúde Mental no Brasil uma carência de intervenções no espaço doméstico. Tais intervenções poderiam colaborar para a superação de exclusão da família no processo de cuidado do membro adoecido, revertendo o papel do hospital psiquiátrico como único cuidador realmente competente.

A atual Reforma Psiquiátrica tem centrado suas ações na transformação do modelo hegemônico de assistência e na conscientização dos usuários e profissionais sobre as novas formas de atendimento. Não existe um investimento suficiente no trabalho com as famílias pelos outros protagonistas da Reforma Psiquiátrica e, assim, elas se sentem descrentes com as metas propostas pelo novo modelo assistencial e mais seguras nos espaços que conhecem, ou seja, os hospitais psiquiátricos. (2002, p. 192)

2.2.2 Saúde Mental e Espaço da Comunitário

Se, no entanto, o espaço doméstico foi reforçado e transformado no principal lugar de reprodução social e da força de trabalho para o nascente capitalismo, com o espaço comunitário deu-se exatamente o inverso. Para os defensores do individualismo burguês, os ideais comunitaristas representavam a continuidade da tradição feudal. Já os comunitaristas criticavam o individualismo e o racionalismo defendidos pelo projeto Iluminista.

Dessa forma, comunidade tornou-se o centro do debate da modernidade nascente. De um lado, condenada como conservadora e antagônica ao processo. De outro, defendida pelos que tinham horror à modernização, como símbolo de tudo de bom e que o progresso destruiu. Mas em ambas as perspectivas, comunidade aparece como utopia que remete ao passado, com significado reacionário, cujo protótipo é a família, encontrando sua expressão simbólica na religião, nação, raça, profissão e nas cruzadas. Sua coesão pode ser local ou global, pois o que importa é a comunhão de objetivos, a condição de continuação no tempo, o engajamento moral, a coesão e a coerção social. (SAWAIA, 2002, p. 37-8)

A partir de 1960, com a emergência de uma grande crise política e social que atinge os países desenvolvidos, o conceito de comunidade passa a ocupar lugar central no discurso das ciências humanas e sociais e, em especial, na área da saúde mental. A comunidade, assim, torna-se o lugar privilegiado para a busca de soluções para os graves problemas da cultura, da política e da economia, enfim, da sociedade capitalista. Nesse período, os saberes médico-psicológicos são convocados pelo Estado para intervir em contextos comunitários potencialmente geradores de crise e de desequilíbrios para os indivíduos.

Este processo teve início depois da Segunda Guerra Mundial, em um momento onde mudanças importantes da Psiquiatria são requeridas devido ao imenso contingente de pessoas adoecidas, à falta de profissionais e a impossibilidade de internar militares que entravam em surto nos campos de guerra (GROB, 1998). Assim, novas tecnologias de cuidado são experimentadas visando à reinserção dos pacientes à sociedade. Busca-se reorganizar o espaço asilar como se fosse uma comunidade e o dispositivo grupal passa a se constituir em um dispositivo fundamental nesse processo de reaprendizagem para a vida social (BAREMBLITT, 1982). Com isso, a vida em “comunidade” passa a ser vista como algo terapêutico, sendo buscada como referência para a organização do hospital psiquiátrico.

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominante restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. (AMARANTE, 1995, p. 28)

A gestão do hospital psiquiátrico se torna um processo compartilhado onde todos podem contribuir na sua administração e na condução das terapias. Assim, “uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como tendo princípios que levam a uma *atitude comum*, não se limitando ao poder hierárquico da instituição” (AMARANTE, 1995, p. 29, grifo nosso). Segundo Jones (1972, p. 88), um dos líderes desse movimento, essa mudança institucional é complementada, por uma comunicação mais intensa entre o hospital e a “comunidade externa, de modo que seja possível uma maior cooperação e compreensão entre equipe, pacientes, parentes e estabelecimentos externos”.

No entanto, a proposta da comunidade terapêutica ao buscar promover uma humanização do espaço hospitalar e asilar através da reprodução de um micro-cosmo social *comunitarista* acaba por reproduzir aspectos centrais da Psiquiatria ao reforçar tanto o hospital psiquiátrico como ambiente terapêutico como a inclusão pela via da normatização “comunitária”. A tentativa de transformar o espaço asilar em uma comunidade artificial com

funções de reproduzir o espaço social mais amplo para proporcionar situações mais “reais”, de reeducar para a vida comunitária “verdadeira”, acaba por não produzir mudanças significativas de inclusão social ao mesmo tempo em que promove uma completa submissão do louco aos demais.

Assim, para Rotelli (1990, p. 150), “a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar a raiz do problema da exclusão”. Ainda segundo este autor, “a conciliação do hospital psiquiátrico com os serviços extra-hospitalares e a falta de crítica ao paradigma psiquiátrico são as principais limitações dessas propostas”. Como veremos a seguir, essa postura comunitarista também induz a um projeto de homogeneização do social e de fim dos antagonismos promovendo uma despolitização das relações sociais.

A partir dos anos 60, o espaço comunitário ganha novo impulso dos saberes psiquiátricos-psicológicos na Europa e nos EUA com amplo apoio Estatal, pois, segundo Fleming (1976), a psiquiatria asilar se mostrava dispendiosa aos cofres públicos. Além disso, nesse período, havia uma grave crise social produzida pelas sociedades de capitalismo avançado que os saberes médico-psicológicos não conseguiam responder. Desse modo, a Psiquiatria de Setor Francesa e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária Norte-Americana buscam intervir de forma ampla no espaço comunitário.

A psiquiatria preventiva ou comunitária surge no contexto da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa. A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos propondo-se como a terceira revolução psiquiátrica (após Pínel e Freud), pelo fato de ter ‘descoberto’ a estratégia de intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas - antigo sonho dos alienistas, que recebia o nome de profilaxia - mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental. (AMARANTE, 1995, p. 36).

Assim, projeto da Psiquiatria Preventivista atende às demandas estatais e sociais da época, cabendo aos “saberes psiquiátrico-psicológicos a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal, traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pela mais variadas causas” (AMARANTE, 1995, p. 41).

A Psicologia Comunitária Norte Americana também busca neste período o ideal de intervenção comunitária do tipo preventivista, simplesmente ampliando a idéia de clínica. Com isto enfocou mais processos psicológicos do que os contextos e as estruturas sociais,

produzindo, geralmente, uma abordagem do político na qual a supremacia é do indivíduo (PRADO, 2002a).

Na América Latina, a Psicologia Comunitária também toma para si a concepção de comunidade como o lugar onde se pode alcançar o consenso humanizado libertador da sociedade capitalista, promovendo, assim, uma redução do político a uma etapa da construção dessa transparência. Assim, as duas Psicologias, com objetivos diferentes, mas caminhos metodológicos idênticos, “tendem a despolitizar a vida psicológica” (PRADO, 2002a, p. 208).

Na reforma psiquiátrica brasileira, a comunidade é vista como um lugar importante de realização de intervenções por parte dos serviços de saúde mental. No entanto, por vezes, os serviços têm enfatizado mais intervenções nos indivíduos do que na própria comunidade, conforme pesquisa realizada em um CAPS em Minas Gerais, onde a intervenção é fortemente embasada na clínica psicanalítica. Os autores desta pesquisa concluem que falta ainda no CAPS estudado um trabalho de cunho político no sentido de colocar em evidência as relações entre a clínica e a política (VENÂNCIO et all, 2000).

2.2.3 Saúde Mental e Espaço da Cidadania

A inclusão dos considerados loucos na sociedade burguesa foi promovida pela tradução da loucura em doença mental, justificando a continuidade da sua reclusão nos antigos asilos para efeito de tratamento. Com as novas concepções de direitos de liberdade que se proliferaram no período inicial da era moderna, valores tidos como universais, instaurou-se a necessidade do estabelecimento de motivos razoáveis para a limitação da liberdade das pessoas. De acordo com a nova ordenação dos direitos civis ninguém podia ser simplesmente enclausurado sem a devida garantia legal. Assim, a Psiquiatria veio propiciar um modelo de cidadania aos loucos baseado na tutela científica, estabelecendo regras de convívio social ajustados à nova ordenação jurídica.

O alienado era uma pessoa supostamente irresponsável, não era um sujeito de direito, de acordo com as novas normas que a burguesia vinha estabelecendo. Escapava à pura imposição da lei, às novas regras ou códigos de convívio, ao Contrato Social que permitiria a livre circulação e intercâmbio de bens e pessoas. A

psiquiatria veio corrigir esta falha na nova ordem social. Os psiquiatras vieram a ser tutores de menores perversos. Aí se iniciou uma aliança que iria perdurar até os dias atuais, aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito, e de limites às vezes imprecisos. (DESVIAT, 1999, p. 18)

A reclusão dos alienados passou a ser definida como algo terapêutico e o isolamento por meio da internação hospitalar algo indispensável a este processo. A psiquiatria garantiu a sustentação científica desta reclusão, defendendo o caráter “terapêutico” do *isolamento* do paciente das influências “negativas” da família e da comunidade.

Esta nova percepção, além de relegar outras (míticas, religiosas, trágicas, irônicas, etc.) a um lugar marginal, lança as bases na sociedade para um domínio e o silenciamento da loucura pela racionalidade, bem como para a subjugação e segregação do louco do convívio social pelo saber/poder psiquiátrico, através de seu seqüestro e isolamento no asilo. (PASSOS, 2003, p. 163)

A identificação da democracia burguesa da cidadania baseada na racionalidade retira do louco qualquer possibilidade do mesmo vir a se submeter à lei, às novas regras de convívio social e de decidir sobre qualquer ato da sua vida civil, já o mesmo não era possuidor deste atributo. Por seu turno, a inclusão do doente mental na nova ordem social burguesa faz-se a via do direito à assistência médica no hospital psiquiátrico.

No entanto, o direito à assistência torna-se dever de ser assistido. Dever este de ser submetido a um tratamento cuja função é a de tentar ordenar ao mesmo tempo a desordem do louco e a desordem da sociedade. A estratégia adotada é a eliminação do corpo incapaz de se submeter ao consenso estabelecido e mantido pelo Estado.

Na década de 60 do século XX assistimos a uma renovada concepção, como uma nova confluência agora de críticas ao modelo psiquiátrico hegemônico e uma sensibilidade social revoltosa diante dos excessos de controle social Estatal. Este período é marcado por uma série de movimentos de contestação à ordem estabelecida da qual a psiquiatria vem a se tornar o grande símbolo da opressão a ser combatida. A revolta da “singularidade” contra a cidadania normalizadora (SANTOS, 1999) tem na figura do louco o seu denunciador, sendo a antipsiquiatria inglesa a principal corrente a estabelecer a loucura como uma forma privilegiada de denúncia contra uma ordem social excessivamente castradora das diferenças.

Atualmente, se o movimento antipsiquiátrico perdeu suas forças iniciais, deixou-nos como herança um pensamento crítico em relação ao modelo de racionalidade que constituiu a cidadania tutelada do louco. Esta racionalidade, da cidadania liberal baseada na razão, na reciprocidade entre direitos e deveres e no direito de asilo constituiu um expurgo da alteridade radical identificada como desrazão. Esta concepção de cidadania tutelada foi edificada pelo

Estado liberal-democrático, devidamente sustentada pelo paradigma da Psiquiátrica. No entanto, “o projeto universalista do contrato social, entre sujeitos da razão e da vontade, seria insuficiente para encontrar um lugar para a *cidadania tresloucada* (COSTAa, 1999, p. 11).

2.3 METODOLOGIA

Minayo (2001) afirma que “o campo científico, apesar de sua normatividade, é permeado por conflitos e contradições”. Essas controvérsias estão presentes em todos os campos de pesquisa, mas podem ser bem explicitadas quando se refere às Ciências Sociais. Para a autora, a saída para esse impasse é considerarmos a cientificidade como “uma idéia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos” (MINAYO, 1996, p. 12).

Todo conhecimento científico torna-se, assim, produto de determinado momento histórico, devendo ser relativizado e contextualizado por ser sempre provisório e significar apenas uma aproximação do real. A par dessa concepção, Minayo afirma que o pesquisador deve se preocupar menos com a generalização e mais com o *aprofundamento e abrangência* da compreensão dos sentidos atribuídos pelos grupos envolvidos.

Neste sentido, para o presente estudo, utilizei a metodologia o estudo de caso que “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado” (GIL, 1999, p. 72) Assim, para presente estudo foram estabelecidas duas estratégias para coleta de dados, a saber, a coleta de dados documentais e a coleta por meio de entrevistas.

Com os dados documentais, buscou-se informações detalhadas e precisas relativos à história de criação, de organização e de luta do movimento. Os documentos pesquisados foram atas de reuniões, de assembléias, de panfletos produzidos pelo movimento, bem como reportagens de jornais de circulação regional.

Com as entrevistas, buscou-se conhecer os discursos coletivos dos líderes do movimento sobre sua luta. Utilizou-se, para tanto, questionário semi-aberto com três questões norteadoras. Para o estudo do discurso coletivo dos participantes utilizei a metodologia do

Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000). As entrevistas semi-estruturadas contaram com 3 (três) questões norteadoras, sendo elas:

- 1 - O que motivou você inicialmente a participar do movimento antimanicomial?
- 2 – O que você acha da participação no movimento?
- 3 – Quais as suas expectativas em relação ao movimento?

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise das mesmas, procedeu-se leitura flutuante sendo os dados organizados em tabelas. A partir de cada entrevista, identificaram-se idéias centrais, temas e as expressões chaves dos sujeitos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000).

Foram entrevistados 2 (dois) familiares e 3 (três) usuários que participam do movimento desde o seu início. Estes sujeitos foram escolhidos devido conhecerem em profundidade o objeto estudado. Na organização e tabulação dos dados para a construção do DSC, utilizei de quatro figuras metodológicas (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000), sendo elas:

- *Ancoragem*: todo discurso tem uma Ancoragem sendo encontrados nele “traços lingüísticos explícitos de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura e que estes estejam internalizados no indivíduo”;

- *Idéia Central*: é uma afirmação que permite traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelo sujeito em seu depoimento;

- *Expressões-Chaves*: são constituídas das transcrições literais de parte dos depoimentos que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos seguimentos em que se divide o depoimento;

- *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)*: é a junção do discurso de todos formando um único discurso. Desta forma obtêm-se todos os modos possíveis de se pensar o processo de mobilização do movimento antimanicomial local.

Para a elaboração do DSC, partiu-se dos discursos em estado bruto que foram submetidos a um trabalho analítico de decomposição que consiste na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos e que termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social.

Segundo Lefèvre e Lefèvre, (2000) deve-se inquirir as pessoas para que forneçam dados com os quais se possa confeccionar discursos que informem sobre as possibilidades social e historicamente disponíveis para pensar um dado tema.

Para a montagem do Discurso do Sujeito Coletivo foram feitas algumas modificações nos discursos como a passagem para a primeira pessoa e a retirada de

declarações muito particulares. Foi feita também uma adaptação do discurso para que o mesmo ficasse como se uma única pessoa que estivesse falando, conforme sugerem Lefèvre e Lefèvre (2000).

Os sujeitos pesquisados foram três usuários e dois familiares membros da diretoria da Associação Loucos por Você. As familiares, ambas do sexo feminino, casadas e residentes em casa própria, com família composta de cinco pessoas. Uma familiar possui o segundo grau completo, é dona de casa e tem renda familiar de quatro salários mínimos. A outra tem primeiro grau incompleto e renda familiar de dois salários mínimos.

Dos usuários investigados, dois são adultos jovens (21 e 27 anos) e um tem 39 anos. Dois são aposentados pelo INSS e um está desempregado. Dois são do sexo masculino e um do sexo feminino.

Abaixo, apresentamos uma tabela que sintetiza o perfil de cada entrevistado.

Tabela 2: Perfil socioeconômico dos entrevistados

SUJEITOS	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5
SEGUIMENTO	Familiar	Familiar	Usuário	Usuário	Usuário
IDADE	42	36	39	27	21
SEXO	F	F	M	F	M
EST. CIVIL	Casada	Casada	Casado	Solteira	Solteiro
INSTRUÇÃO	2º grau	1º grau inc.	1º grau inc.	1º grau inc.	1º grau inc.
PROF./OCUP.	Do lar	Emp. doméstica	Aposentado	Aposentada	Desem- pregado
RENDA FAM.	4 salários	2 salários	1 salário	4 salários	2 salários
HABITAÇÃO	Própria	Própria	alugada	Própria	Própria
MORADORES	05	05	06	04	04

3 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta parte, primeiramente, será apresentado o processo de mobilização do movimento antimanicomial de Ipatinga a partir de dados documentais.

3.1 A EXPERIÊNCIA LOCAL: A NAU DOS LOUCOS POR VOCÊ

Ao resgatar o processo de luta do movimento, foi possível estabelecer quatro momentos de mobilização distintos, que foram assim nomeados:

- Primeira fase: a luta pelo CAPS.
- Segunda fase: fazer algo mais.
- Terceira fase: reabilitação psicossocial e política.
- Quarta fase: interrogando as práticas do CAPS de Ipatinga.

Em seguida, será apresentado detalhadamente cada momento deste e analisado a estreita relação entre a construção da identidade do movimento e o jogo de lutas travado na arena política local.

3.1.1 Primeira fase: a luta pelo CAPS

O movimento social em Saúde Mental de Ipatinga surgiu em março de 1999 com objetivo de reivindicar do governo local o cumprimento das diretrizes aprovadas para o setor nas diversas instâncias de controle social. Durante toda a década de 90, os únicos que se mobilizaram para a implantação de reformas foram os trabalhadores de Saúde Mental do município e alguns conselheiros municipais de saúde.

Registra-se, também, a iniciativa realizada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Aço (CONSAÚDE), em 1996, que reuniu as equipes de Saúde Mental dos municípios pólo (Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo) para a elaboração de um programa de Saúde Mental regional que previa o atendimento dos 17 municípios⁵⁰. No entanto, tal programa também não foi implantado.

Em 1997, o novo governo eleito no município de Ipatinga indicou para a implantação do serviço de Saúde Mental⁵¹. No documento intitulado “*A política pública de saúde: perspectivas da ação municipal*”, destinado à discussão com o colegiado de gerentes, a Secretaria de Saúde fez as seguintes considerações:

O modelo atual de assistência ao doente mental ainda não difere da lógica hospitalocêntrica, não trabalha com a “clientela de risco” e sim com a “clientela cativa”, sendo os pacientes sempre encaminhados para o hospital Márcio Cunha ou hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, como único recurso terapêutico, elevando os custos sociais e econômicos.
DIRETRIZ: implantar o programa de saúde mental conforme Projeto da Reforma Psiquiátrica procurando resgatar a cidadania do sujeito portador de sofrimento mental.

⁵⁰ Fonte: IPATINGA. Anteprojeto de Saúde Mental Regional. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço CONSAÚDE. janeiro de 1996.

⁵¹ Fonte: Boletim da Saúde, Informativo da Prefeitura Municipal de Ipatinga, maio de 1987.

No entanto, posteriormente, uma discussão ocorrida na 8ª Conferência Municipal de Saúde (1998) entre representantes do governo municipal e dos usuários, revelou a existência de uma divergência no interior do próprio governo quanto a política de Saúde Mental adotada. Sob severas críticas de representantes do Gabinete do Prefeito foi aprovada a seguinte diretriz pela conferência: “Implantar o Serviço de Saúde Mental, tipo NAPS, CAPS, em caráter *prioritário e urgente*, com infra-estrutura adequada”⁵² (grifo nosso). Após este episódio, não houve nenhuma ação no sentido de efetivar a referida diretriz.

No início do ano seguinte, em março de 1999, surgiu um novo movimento, agora mais amplo, reivindicando a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial. Este movimento foi constituído por dois trabalhadores da Saúde Mental do município, de alguns conselheiros municipais e membros da Pastoral da Saúde e de familiares de usuários. Reunindo-se semanalmente este grupo, ainda pequeno, iniciou o planejamento de ações de mobilização social marcando sua primeira manifestação pública para o dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Esta atividade obteve apoio de representantes do movimento de direitos humanos, do movimento negro, de igrejas e de grupos artísticos, chamando, assim, a atenção da cidade. Apesar desta ampla mobilização, a prefeitura negou a solicitação de audiência com o prefeito feita pelo movimento.

Diante dessa negativa de diálogo, o movimento decidiu mudar de estratégia e buscou obter apoio da opinião pública para sua luta, organizando uma grande coleta de assinaturas. O movimento diante das necessidades financeiras decidiu fundar uma associação com o objetivo de obter financiamento⁵³ para realizar suas ações de mobilização social. Ao final de três meses, o movimento conseguiu coletar mais de 10.500 assinaturas de apoio a sua proposta.

Com este documento em mãos, o grupo entrevistou na plenária do 10º Congresso Municipal de Prioridades Orçamentárias⁵⁴ fazendo a sua entrega formal ao prefeito. Após a declarada resistência do prefeito municipal diante da plenária, o movimento articulou-se com os congressistas e obteve amplo apoio da maioria dos presentes.

⁵² IPATINGA. Relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde, novembro de 1997.

⁵³ A entidade estabelece um convênio com a FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional).

⁵⁴ O COMPOR é o órgão de controle social responsável pela aprovação do Plano Plurianual de Investimentos do município de Ipatinga.

Presentindo uma possível derrota, o prefeito convocou uma reunião entre a equipe de governo e o movimento social, estabelecendo um acordo para implantação do CAPS para o ano seguinte. No entanto, após o congresso de prioridades orçamentárias, a prefeitura negou reiteradamente inúmeros pedidos de audiência para acompanhamento das ações de execução dessa diretriz. Diante da pressão do movimento, a prefeitura constituiu uma “comissão técnica” para a elaboração do projeto do CAPS que solicitou de 30 a 60 dias de prazo para apresentação do resultado final do seu trabalho.

Extrapolando este prazo e sem qualquer informação acerca do andamento do projeto, o movimento buscou trazer a sua discussão para o espaço público, organizando um seminário municipal. Com a presença do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) e de diversas lideranças do Movimento da Luta Antimanicomial de expressão nacional, o seminário teve uma expressiva participação da comunidade.

No entanto, ainda no seminário, a prefeitura ao mesmo tempo em que assumiu a intenção de implantar o novo serviço, não apresentou nenhum resultado do trabalho da comissão técnica, nem seus membros se fizeram presentes para possíveis esclarecimentos. Devido à ampla repercussão do evento, a prefeitura aceitou a proposta levantada pelo seminário de constituição de um grupo de acompanhamento do novo Programa de Saúde Mental com a participação de pessoas da sociedade civil organizada.

As reuniões promovidas pelo movimento passaram a ter a presença constante de representantes da prefeitura que diziam que a preocupação governamental é “com a abertura do serviço e das condições financeiras para a sua manutenção, que não estão garantidas” (ata s/n, p. 9). Um destes representantes falou da “preocupação do prefeito com demanda de outros municípios e o envolvimento e participação da comunidade”.

Tais posicionamentos criaram um clima de intranqüilidade e dúvida entre os participantes da reunião, com a conclusão de que havia uma “necessidade premente de reunião com o prefeito”, a fim de fosse esclarecida todas as dúvidas ainda existentes, tendo o representante do prefeito assumido a tarefa de facilitar o agendamento dessa reunião.

Neste período, estava sendo apresentada a prestação de contas do cronograma das obras do 10º COMPOR em várias regionais da cidade, sendo decidido que a associação deveria participar dessas prestações de contas e solicitar esclarecimentos sobre a diretriz referente à Saúde Mental. Ao comparecer a estas assembléias, o grupo constatou que não era feita qualquer referência ao cronograma de implantação do CAPS.

Diante deste fato, o movimento ameaçou realizar um novo ato público, fazendo com que o governo aceitasse agendar uma audiência com o prefeito. Mobilizando vários usuários e

familiares, durante a reunião com o prefeito, os participantes expuseram as dificuldades encontradas na utilização dos precários serviços oferecidos pelo município. Após os relatos, com vários momentos de forte emoção, os membros do governo, inclusive o prefeito, rerepresentaram todos os seus questionamentos quanto à viabilidade do serviço.

As questões levantadas foram: *o fato de o serviço vir a ser o único na região não provocará sua superlotação? Os familiares não abandonarão os usuários no serviço? Caso haja abandonos dos usuários, o que o município irá fazer? O custo de manutenção não irá crescer cada vez mais, tendo em vista a possibilidade do serviço tornar-se um asilo?*

A preocupação governamental com o abandono dos usuários foi exemplificada com o que acontecia na instituição asilar *Casa da Esperança*, em que os familiares não iam nem fazer visitas aos seus parentes ali internados. Ainda em relação à Casa da Esperança, o governo defendeu o ponto de vista de que esta instituição cumpria seu papel de oferecer assistência adequada e humanizada, já que “cuidava de quem ninguém queria cuidar”. O movimento rebateu todas as posições governamentais, apontando que somente uma política de Saúde Mental baseada na atenção comunitária promoveria um tratamento adequado. Apesar da explícita defesa do modelo asilar, o governo assumiu a implantação o CAPS. Contudo, posteriormente, não foram percebidas quaisquer ações que sinalizassem o cumprimento desse acordo.

Assim, o movimento buscou intervir na 10ª Conferência Municipal de Saúde buscando respostas para as diretrizes não cumpridas. No Relatório de Prestação de Contas (s/d) relativo às deliberações da conferência anterior, distribuído entre os conferencistas, lê-se:

DIRETRIZ: garantir a implantação do centro de referência em saúde mental CERSAM com recursos financeiros e humanos para o início de funcionamento em regime de urgência.

AÇÕES REALIZADAS: em discussão a reestruturação do serviço de saúde mental existente com suporte técnico da escola pública de MG.

No entanto, a deliberação dessa conferência aprovou apenas um *indicativo pela continuidade das discussões*, ficando assim sua redação: “criar um *grupo de discussão* com a comunidade, os profissionais da secretaria de saúde e a família dos pacientes em sofrimento mental para implementar o serviço de saúde mental” (RELATÓRIO, 2001).

A retirada da especificação do tipo de serviço a ser implantado (CAPS) e a inclusão genérica de “*serviço de saúde mental*” cumpriu a função de deixar um caráter “vago” à diretriz. Neste período, houve um refluxo da participação no movimento motivada pela “posição governamental que tem influenciado na ausência de várias pessoas, haja visto que as pessoas perdem um pouco de esperança de ver a concretização do projeto” (ata nº20, p. 14). O

adiamento constante da implantação do serviço, ao mesmo tempo em que provoca uma redução do número de participantes, manteve um pequeno grupo muito unido. Para mobilizar novamente a militância, o grupo decidiu realizar uma festa de confraternização e indicou para o ano de 2001 a preparação do segundo seminário de saúde mental.

No início do ano seguinte, em fevereiro de 2001, foi divulgado pela prefeitura o “lançamento oficial” do “*Centro de Referência à Saúde Mental de Ipatinga*”, que seria construído em um terreno da entidade filantrópica Casa da Esperança. Este lançamento contou com a presença de diversos representantes da prefeitura, inclusive do próprio secretário municipal de saúde⁵⁵. O movimento entende que este “centro de referência” era uma forma de esvaziar a sua reivindicação ao mesmo tempo em que reforçava a tradicional assistência asilar no município.

Surgiu então, a proposta de realização do novo seminário de saúde mental que foi vista como um momento importante de “sensibilização da sociedade e das autoridades” (ata nº21, p. 15), uma forma mostrar que o movimento ainda está vivo e forte. O movimento também preparou uma manifestação para o dia sete de abril, Dia Mundial da Saúde⁵⁶ que teve como tema a Saúde Mental.

Após esta manifestação, o movimento avaliou que o mesmo foi “um sucesso pelo alcance da repercussão. Foi um sucesso as reportagens na rádio (...), da TV e jornais”. O sucesso da manifestação fez com que o grupo acreditasse no “sucesso também do seminário regional” que está sendo preparado (ata 24, p. 16).

A proposta de realização do seminário regional foi analisada como um momento muito importante da mobilização. “Vamos trabalhar com muita dedicação pelo sucesso do nosso seminário, pede a coordenação, porque, deste sucesso, depende os rumos de nossa luta” (ata nº 25, p. 16). O seminário superou as expectativas do movimento tendo ampla participação do governo, dos técnicos, dos usuários, dos familiares e da comunidade contando com a presença de cerca de 300 pessoas de 17 municípios do leste mineiro⁵⁷.

⁵⁵ Fonte: Jornal Diário do Aço, p.18, 02/02/2001.

⁵⁶ O Dia Mundial de Saúde foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para sensibilizar os governos e a sociedade para determinadas temáticas importantes no campo da saúde.

⁵⁷ Fonte: Relatório do Seminário Regional de Saúde Mental “Passos e impasses da assistência em Saúde Mental”; Associação Loucos por Você/CONSAUDE, maio de 2001, mimeografado.

A reunião do movimento realizada imediatamente após o seminário regional contou com ampla presença de antigos participantes e de novas pessoas mobilizadas a partir desse evento. No entanto, vários participantes disseram que não gostaram da exposição do secretário de saúde de Ipatinga e que a presença dos gestores de outras cidades foi importante para o encaminhamento da luta, já que estes relataram o que estavam fazendo no campo da saúde mental.

Com a colaboração do Consaúde, os vários municípios pólo (...), a coordenadora estadual de saúde mental e os demais palestrantes presentes até o final do encontro nos ajuda a fortalecer, pois mostrou a disposição de todos, menos do secretário de saúde de Ipatinga (ata nº 27, p. 17).

Ainda nessa reunião, uma nova participante relatou que viu o anúncio do seminário e se interessou pelo assunto, porque estava ajudando uma pessoa da sua comunidade com um padre e que, quando este viajou, a pessoa piorou. Esta pessoa em crise, ao ser atendida no Hospital Geral do município, o hospital Márcio Cunha, foi encaminhada para o Hospital Psiquiátrico Galba Veloso. A nova participante pergunta então o que o grupo pode fazer por esta pessoa. Na ata desta reunião foi levantada uma nova preocupação: “Enquanto se reorganiza o centro de acompanhamento, o paciente precisa de socorro, acompanhamento de alguma forma que evite o internamento em BH” (ata nº27, 18-9). É então neste momento que as necessidades cotidianas dos usuários começam a se assumidas como de responsabilidade do movimento.

De 1999 a 2001, o objetivo do movimento foi de lutar pela implantação do CAPS centrando suas ações na militância política. A participação direta nas instâncias formais de controle social se mostrou uma via corrompida pelo governo municipal que não acatava as deliberações democraticamente aprovadas nestas instâncias. Ao mesmo tempo, a prefeitura demonstrou apoio às iniciativas asilares realizadas por entidades filantrópicas o que fez com que o movimento reagisse incrementasse suas ações políticas, buscando sensibilizar gestores e trabalhadores da saúde, bem como realizando ações de caráter cultural a fim de mudar as concepções da comunidade local sobre o que fazer com a loucura. O movimento buscou transformar, assim, a opinião pública a favor da sua proposta antimanicomial, realizando um amplo leque de ações tais como reuniões, encontros, seminários e atos públicos.

No entanto, ao divulgar a nova política de saúde mental comunitária e condenar o modelo psiquiátrico-asilar, o movimento se viu diante de um impasse. A atenção oferecida pelo município continuava hospitalocêntrica e asilar, obrigando os próprios participantes do movimento antimanicomial nos momentos de crise a utilizar justamente os serviços que

condenavam. Diante desta situação, novas tarefas começam a ser requeridas pelos membros do movimento e da própria comunidade, pois “enquanto se reorganiza o centro de acompanhamento, o paciente precisa de socorro”, como assinalado na ata da entidade acima citada.

Assim, o espaço grupal constituído pelo movimento, que já funcionava como um lugar de ajuda mútua acolhendo inúmeras formas de sofrimento vivenciadas pelos participantes, passou também a desenvolver um maior número de ações externas. Esta realização mais intensa das ações de apoio, externas ao grupo, caracterizou uma segunda etapa do movimento, como veremos a seguir.

3.1.2 Segunda fase: o desafio da solidariedade.

Após a realização do seminário regional, ocorrido em abril de 2001, cresceu o número de participantes nas reuniões do movimento e também o reconhecimento público acerca da sua luta. Escolas, igrejas, associações de bairro e faculdades passaram a ver o movimento como referência para discussão sobre saúde mental e movimento antimanicomial, sendo a Associação Loucos por Você convidada para inúmeras palestras e debates.

Os novos membros reclamavam de suas vidas empobrecidas, vividas no solamento; os familiares não sabiam o que fazer com seus pacientes; os usuários requisitavam geralmente atividades de geração de renda e de lazer. Às vezes, o compartilhamento das vivências no espaço grupal era suficiente para abrandar o sofrimento das mais diversas ordens. Outras vezes, a complexidade do problema exigia uma visita, uma conversa com vizinhos, uma intermediação junto aos serviços de saúde para resolver problemas ligados à violência e ao abandono.

A realização de atividades de apoio e suporte mútuo, apesar de existirem desde o início do movimento, foi ganhando mais espaço nas reuniões e a necessidade de “fazer algo mais” tornou-se uma questão que mobilizou o grupo durante quase todo o ano de 2001. Diante das constantes e variadas demandas dirigidas ao grupo, foi feita a seguinte análise numa das reuniões:

O que temos a oferecer são as visitas nas casas levando o apoio. Porque por enquanto não podemos oferecer uma boa estrutura, trabalhamos com a conscientização da família e da sociedade, e que as famílias se sentem confortadas porque, com tantos problemas, há um desgaste emocional muito grande. (ata nº 30, p. 21)

Assim, as ações de suporte mútuo foram vistas com reserva, mas o desenvolvimento de ações solidárias foi ganhando um espaço privilegiado. Em várias reuniões seguidas os seus participantes admitiam a possibilidade de ampliar as suas ações solidárias: “vamos estudar a idéia de fazer uma fundação ou uma entidade filantrópica⁵⁸” (ata ° 31, p. 22).

A preocupação de *fazer algo mais* foi mobilizada pelo conhecimento crescente da realidade cotidiana dos usuários e familiares marcada pela pobreza de vínculos sociais, pela falta de oportunidades de trabalho e por constantes situações de crise familiares e comunitárias. Assim, o movimento também assumiu a tarefa de “reunir pessoas para organizar trabalhos a serem colocados em prática” (ata ° 32, p. 23).

Assim, ao mesmo tempo em que acompanhava as ações do poder público, o movimento adotou uma nova tarefa no município: *a implantação de uma cooperativa social*. Nesse sentido, o grupo buscou apoio para a realização das primeiras oficinas na comunidade.

Lúcia⁵⁹ fala que pode ajudar de alguma forma e que conhece quem pode emprestar algumas máquinas para costurar; Dona Maria diz que Amélia oferece oportunidade para cursos de silk-screen que vai dar no centro comunitário para associação de apoio às crianças e adolescentes; Selma também tem experiência em silk e oferece seus conhecimentos para ajudar (ata nº 43, p. 30).

A primeira oficina foi um sucesso. Os participantes ressaltaram que “foi um grande lazer – todos elogiaram, gostaram de ter passado o dia juntos, da reunião e da solidariedade para o almoço. Todos estão felizes porque não viram o dia passar e passaram melhor do que estão em casa (...) Foi um total desabafo de emoções”(ata 46, p. 31). Estas oficinas foram repetidas inúmeras vezes durante todo o segundo semestre de 2001, trazendo grande satisfação para os seus participantes.

No ano seguinte, em abril de 2002, o movimento preparou sua terceira grande manifestação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A manifestação ganhou uma conota-

⁵⁸ Até a presente data, a entidade não tinha o título de entidade de utilidade pública municipal.

⁵⁹ Todos os nomes são fictícios.

ção mais carnavalesca, mobilizando o grupo para a realização de oficinas para confecção máscaras e fantasias. Mas, no grupo havia diversas pessoas que se sentiam constrangidas em participar desta atividade, umas por timidez, outras por serem de religiões evangélicas. No entanto, a idéia da oficina de máscaras acabou por resolver estes problemas.

Mais uma vez, são mobilizados vários movimentos sociais, igrejas e municípios da região para participar do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Desta vez, o movimento também articulou a vinda da Escola de Samba dos usuários de Belo Horizonte “Liberdade Ainda Que Tam-Tam”.

No entanto, antes da manifestação, o movimento é chamado pela prefeitura para um acordo. Na reunião, o movimento levou consigo duas propostas, a saber:

1 – Estabelecimento de um convênio entre as partes para a realização de oficinas destinadas aos usuários e familiares;

2 – Promover o fim das internações em hospitais psiquiátricos no prazo de um ano.

A duas propostas foram aceitas pelo executivo municipal sem qualquer objeção. Assim, a manifestação do dia 18 de maio “virou uma festa por causa das boas notícias e a população que participou nos recebeu muito bem” (ata 50, p. 33).

Entretanto, apesar do otimismo inicial do grupo, somente após cinco meses desta reunião foi firmado o convênio com a Prefeitura de Ipatinga.

A partir do convênio uma nova relação entre a associação e a prefeitura se estabeleceu. O movimento continuou a sua luta política pelo CAPS ao mesmo tempo em que desenvolveria ações de prestação de serviços. A Associação Loucos por Você teve como desafio a invenção de uma nova forma de atuação que conjugasse a prestação de um serviço constituído em parceria com o governo ao mesmo tempo em que deveria manter uma atuação política crítica e autônoma.

Diante disso, iniciou-se uma nova fase para o movimento, como veremos a seguir.

3.1.3 Terceira fase: reabilitando a política.

Em outubro de 2002, após cinco meses da divulgação do acordo firmado entre a associação e a prefeitura, foi finalmente celebrado o convênio. O plano de trabalho apresentado pela associação previu a realização de diversas oficinas (de geração de renda,

expressivas, atividades de lazer), tendo como público alvo os usuários e familiares da saúde mental residentes no município com um número de vagas, não especificado, para a participação de pessoas em desvantagem econômica da comunidade próxima.

O projeto previu também a co-gestão do convênio da qual participariam dois representantes da associação e dois representantes da secretaria municipal de saúde. No entanto, este conselho se reuniu apenas duas vezes logo no início do projeto, com a gestão posterior efetivamente realizada apenas pela Associação Loucos por Você. As atividades do projeto estavam previstas para acontecerem de segunda à quinta-feira, no período de 14 h as 19 h, em uma casa alugada, situada à rua Aleijadinho, 335, bairro Cidade Nobre.

Os equipamentos foram comprados com a verba do convênio e alguns doados ou cedidos pela comunidade. O projeto foi implementado com os seguintes espaços⁶⁰:

- sala multi-uso com 1 TV 29”, vídeo cassete, cadeiras, mesa para desenho e pintura;
- sala de recepção e reunião com jogo de sofá, 2 prateleiras com os produtos das oficinas e cadeiras;
- sala de corte e costura com máquinas de costura, galoneira, overloque e tamboretas;
- sala de reunião e biblioteca com 1 mesa e 4 cadeiras;
- escritório com computador, impressora, scanner, estante, armário de aço, mesa de escritório e cadeiras;
- uma área externa coberta com mesa para silcagem*, mesa de escritório*, bancada para impressão* e mesa reveladora de telas*.

Os primeiros participantes do projeto foram os usuários e familiares que participavam das reuniões semanais do movimento. A entrada de novos usuários foi feita por convite dos usuários e familiares já participantes ou pelos que ficavam sabendo pela comunidade. O critério para o ingresso foi o diagnóstico de transtorno mental grave (quadros psicóticos ou neuróticos graves) com uma análise da situação familiar e comunitária de risco de exclusão social.

⁶⁰ Os equipamentos com asterisco são doados ou cedidos para uso pelo projeto por colaboradores do movimento.

Ao ingressar no projeto, o usuário escolhia uma oficina para participar. Caso não quisesse participar de nenhuma atividade, era facultado ao participante permanecer em qualquer oficina até que se decidisse por uma em definitivo. Também ocorria do usuário não querer participar de nenhuma oficina e utilizar o espaço para conversar, assistir a um filme, ou mesmo apenas observar as atividades que estavam acontecendo, o que era permitido.

As oficinas foram categorizadas em três tipos: oficinas de direito e cidadania, oficina de artes e oficinas de geração de renda, sendo organizadas da seguinte forma:

1) *Oficinas de direito e cidadania*: eram realizados estudos sobre os direitos dos usuários, políticas públicas para a saúde mental e movimentos sociais. As temáticas de estudo surgiam a partir da discussão dos problemas vivenciados pelos participantes no seu cotidiano.

2) *Oficinas de artes*: variava conforme as demandas dos participantes (pintura, desenho, música, etc). Os produtos destas oficinas foram expostos em diversos espaços da comunidade.

3) *Oficinas de geração de renda*: compreendiam oficinas que tinham por objetivo gerar renda para os participantes, sendo oferecidas de acordo com os interessados. Com as oficinas permanentes de corte e costura e de silk-sreen a associação buscou desenvolver a grife “Loucos por Você”. Os produtos confeccionados eram vendidos pelos próprios usuários ou por pessoas da comunidade, ficando, neste caso, com um percentual acordado para quem vendeu o produto. Em média, o projeto atendia 25 pessoas por dia e no período de dois anos (novembro de 2001 a novembro de 2003), realizou cerca de 9 (nove) mil atendimentos⁶¹.

Nesse mesmo período, a secretaria de saúde promoveu uma ampla reformulação na assistência prestada pelo município, implantando o Programa de Saúde da Família (PSF) em várias regionais da cidade. Tal mudança fez com que a secretaria adotasse a perspectiva de que a área da Saúde Mental seria beneficiada com as ações do PSF e quês estas atenderiam integralmente as necessidades da assistência aos transtornos graves.

Tal sugestão, ocorrida em uma das reuniões da equipe de Saúde Mental, provocou grande preocupação nos participantes do movimento, já que a proposta poderia esvaziar a necessidade de implantação do CAPS. Isto por que, mesmo com a implantação do PSF ocor-

⁶¹ Fonte: Relatório de Atividades do convênio SMS 137/2002 – aditado em 01/2003.

rida há vários meses, inúmeras pessoas procuravam o projeto de reabilitação psicossocial para atendimento de crises. Neste momento, o projeto estava assumindo uma tarefa que seria do CAPS.

Após vários atendimentos de usuários em crise que chegavam ao projeto, inclusive encaminhados pelo PSF, a associação tornou mais incisiva sua crítica à ausência do CAPS, reafirmando sua reivindicação com veemência em novas reuniões com o secretário de saúde. A equipe de Saúde Mental⁶², reconstituída pelo próprio gestor em junho de 2001 para a elaboração do novo programa de saúde mental também reforça a necessidade de implantação do serviço. No entanto, mesmo assim, a implantação do Centro de Atenção Psicossocial foi adiada indefinidamente pelo gestor.

Apesar da efetivação do convênio entre a prefeitura e a Associação Loucos por Você, o poder público não apresentou ações concretas no sentido de implantar o CAPS no tempo acordado. Assim a meta que previa a total interrupção das internações em hospitais psiquiátricos no prazo de um ano também não haveria de ser cumprida, apesar do número de internações diminuir progressivamente desde o início do movimento antimanicomial no município. Em 1999, eram 130 internações em hospitais psiquiátricos por ano, ao passo que em 2002, caíram para menos da metade, com 56 internações sendo realizadas (Fonte: DATASUS).

Em maio de 2003, o movimento preparou a maior de todas as suas manifestações, conseguindo ampliar o número de usuários e familiares que apoiavam sua luta. Os participantes do projeto de reabilitação psicossocial passaram a tomar conhecimento da história de lutas do movimento e das necessidades assistenciais do município nas oficinas de direito e cidadania e nas assembléias da associação e engrossaram as manifestações públicas.

No Dia Nacional da Luta Antimanicomial, após a chegada da escola de samba Liberdade Ainda Que Tam-Tam, de Belo Horizonte, foi organizada uma manifestação na policlínica municipal que proporcionou uma grande repercussão pública. A escolha da policlínica foi simbólica já que a previsão da prefeitura era de construir o CAPS em um espa-

⁶² Esta reconstituição da equipe de Saúde Mental foi feita após compromisso assumido pelo gestor municipal no Seminário Regional de Saúde Mental, em que os secretários de saúde dos municípios pólo (Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo) e o CONSAÚDE assumiram publicamente o compromisso de investir na implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

ço anexo a ela. Cantando, dançando e gritando palavras de ordem, os participantes entraram nos corredores da policlínica fazendo com que a Polícia Militar fosse convocada imediatamente. Os manifestantes, ao saírem da unidade foram surpreendidos com dois carros da polícia parados em posição estratégica com policiais fortemente armados. Sem qualquer incidente que motivasse o reforço da segurança armada, os carros da PM acompanharam os ônibus que transportavam os manifestantes até o centro da cidade. No centro da cidade, os carros de polícia acompanharam a manifestação e os policiais ostentaram armas pesadas até o fim da evento.

A manifestação carnavalesca teve a participação de mais de mil pessoas que cantaram o samba enredo e dançavam freneticamente. Diante da grandiosidade da manifestação, a prefeitura, no mesmo dia, apressou-se em divulgar pela imprensa novas justificativas para o não cumprimento das metas acordadas com o movimento. Segundo a prefeitura, tal situação se devia a questões de “ordem administrativa”, não significando qualquer resistência às propostas do movimento antimanicomial. Assim, o governo comprometeu-se a continuar os trabalhos para a implantação do CAPS o mais rápido possível.

Por sua história de luta A Associação Loucos por Você é incumbida de organizar o III Encontro de Familiares da Luta Antimanicomial de Minas Gerais⁶³. Este encontro, ocorrido em outubro de 2003, contou com apoios importantes como: da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, do Governo de Minas Gerais, dos conselhos profissionais de Psicologia e de Enfermagem de Minas Gerais.

À convite da Associação, a Federação Européia de Familiares de Pessoas Adoecidas Mentalmente (EUFAMI) veio ao Brasil especialmente para participar deste encontro que proporcionou troca de experiências. O encontro contou também com a presença de represen-

⁶³ O encontro foi organizado pela Associação Loucos por Você, Fórum Mineiro de Saúde Mental e Associação dos Usuários da Saúde Mental de Minas Gerais e teve como principais apoiadores a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde; Conselho Regional de Psicologia – 4ª região; Conselho Federal de Psicologia; Governo do Estado de Minas Gerais; Ministério da Saúde; PAIE/Universidade Federal de Minas Gerais; Conselho Regional de Enfermagem/MG; Prefeitura Municipal de Ipatinga; CEMIG; Unileste/MG e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Aço (CONSAÚDE)

tantes de 24 cidades de diversas regiões do estado de Minas Gerais⁶⁴. Na abertura deste evento, o secretário de saúde de Ipatinga compareceu e anunciou a implantação do CAPS em três meses, isto é, para fevereiro de 2004.

No entanto, mais uma vez, a promessa da prefeitura não foi cumprida e uma nova notícia sobre investimentos na instituição asilar Casa da Esperança preocupou os participantes do movimento. Em março de 2004, o boletim *Ipatinga Hoje*, órgão informativo oficial da prefeitura de Ipatinga, anunciou uma parceria ente a Casa da Esperança e o governo japonês,

para a construção de uma casa-dormitório na zona rural do Ipaneminha. No ‘Lar da Amizade’, nome da instituição, vai funcionar o Projeto Desafio, em parceria com a prefeitura, e, futuramente, um *Centro de Referência e Profilaxia de Saúde Mental*. O novo espaço já está em pleno funcionamento. São quatro dormitórios para receber, em média, 60 pessoas. (Ipatinga Hoje, ano 3. nº37. março de 2004, grifo nosso)

Motivados pela notícia, o movimento visitou o espaço anexo da policlínica e constatou que havia obras no local. Finalmente, em maio de 2004, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial de Ipatinga.

Deste modo, este terceiro período de mobilização do movimento foi marcado por uma tensão entre duas funções aparentemente inconciliáveis: uma função de prestadora de serviços conveniada com a prefeitura e a outra de um movimento social que tem de reivindicar fortemente a provisão de serviços negados por esta mesma prefeitura.

Apesar da possibilidade de uma cooptação por parte da prefeitura, o movimento não apresentou inibição de suas ações políticas com o convênio. Ao contrário, utilizou-se das condições propiciadas pelo mesmo para se fortalecer, capacitando e organizando os usuários e familiares nas *oficinas de direito e cidadania* para um melhor enfrentamento político da prefeitura.

Com a implantação do CAPS, a associação deparou-se com novos desafios e teve de enfrentar problemas até então impensados, como veremos a seguir.

⁶⁴ As cidades que participaram foram Arcos, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Caratinga, Contagem, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Juiz de Fora, João Monlevade, Manhuaçu, Marliéria, Matias Lobato, Muriaé, Nova Lima, Pará de Minas, Ponte Nova, Timóteo, Três Pontas, Uberaba. Outros municípios se inscreveram, mas não conseguiram viabilizar o transporte.

3.1.4 Quarta fase: interrogando as práticas do novo modelo assistencial

A inauguração do novo serviço, denominado de *Clínica de Atenção Psicossocial*, de sigla CLIPS, foi comemorada com uma grande manifestação novamente no Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

No entanto, após o momento de celebração da vitória arduamente alcançada, inúmeros problemas começam a acontecer. O CLIPS inicia suas atividades oferecendo apenas consultas de psiquiatria e psicologia, algumas oficinas, e não prevê o pronto atendimento aos usuários em crise, nem a sua permanência-dia. Ou seja, o CLIPS é *ambulatório especializado em Saúde Mental e não como um CAPS II*, como reivindicado pelo movimento.

No entanto, para um melhor entendimento do funcionamento da rede assistencial é preciso retomar brevemente o percurso de sua reorganização, ocorrida após o Seminário Regional de Saúde Mental, realizado em abril de 2001.

A secretaria municipal de saúde cumprindo acordo realizado neste seminário, convoca os trabalhadores de Saúde Mental do município – sete psicólogos, um psiquiatra e um assistente social – para repensar a organização da assistência oferecida em Saúde Mental. Coincidiu, nesse mesmo período, a implantação do Programa de Saúde da Família em diversas regionais de saúde do município.

A equipe de saúde mental, desta forma, implanta o acolhimento em saúde mental em sete unidades básicas de saúde, nos bairros Betânia, Canaã, Limoeiro, Jardim Panorama, Vila Celeste, Veneza e também na Policlínica Municipal. Este acolhimento tem como objetivos (1) identificar os casos que se “beneficiariam com o CAPS” e (2) “participar da preparação da rede-CAPS, orientada no sentido de prover recursos substitutivos à internação psiquiátrica” (Organização da Atenção à Saúde Mental no município de Ipatinga: comunicado. Mimeografado, 2002, p.1)

Neste período, vê-se uma ênfase no que se convencionou chamar *função-NAPS*. Esta função visa “promover recursos de acolhimento da crise que sejam substitutivos ao modelo da internação psiquiátrica” (Documento SAÚDE MENTAL, OUTUBRO DE 2002)

Em março de 2002, a equipe inicia

uma parceria com o PSF no sentido de orientar e capacitar as equipes para atendimento em saúde mental de maneira comunitária (o tratamento é territorializado segundo a área de abrangência a que pertence o usuário), preventiva (em termo de prevenção à crise subjetiva), e tecnicamente resolutiva (refinando os equipamentos, procedimentos e o próprio saber clínico, construídos a partir da experiência). (ORGANIZAÇÃO..., 2002, p.1)

Posteriormente, a equipe busca também preparar o Pronto Socorro Municipal para “qualificar a internação psiquiátrica enquanto parte de um projeto terapêutico ampliado” (idem, p. 1).

Assim, a nova proposta promove a inclusão da Saúde Mental na rede de saúde geral de forma que seja sustentada fortemente pela atenção básica, composta pelas equipes de saúde da família e pelo acolhimento em saúde mental.

Esta reorganização estabelece o seguinte fluxo de atendimento:

- Toda a demanda de saúde mental, da parte da comunidade ou da própria secretaria de saúde, será encaminhada ao Acolhimento em Saúde Mental (excetuando os casos de Emergência Subjetiva, cujo primeiro destino seja o Pronto Socorro; cabe a este, na alta, referenciá-los ao Acolhimento)
- As Equipes de Saúde da Família encaminham ao Acolhimento aqueles casos que não puderam ser resolvidos com os recursos de que dispõem;
- O Acolhimento encaminha para o CAPS⁶⁵ (atualmente em seu Núcleo-Policlínica) ou Pronto Socorro os casos que precisem de acompanhamento especializado suplementar;
- O Pronto Socorro Municipal passa a contar com interconsulta psiquiátrica para os casos de Saúde Mental ali internados; em condições de alta, contra-referencia-os ao Acolhimento segundo a área de moradia do paciente (idem, 2002, p. 3)

Assim concebido, com forte sustentação no PSF e no acolhimento nas unidades básicas de saúde, só é possível acessar o serviço especializado de saúde mental da Policlínica (denominado Núcleo-Policlínica) com o encaminhamento da Atenção Básica. Esta hierarquização que se mostrou funcional em um momento anterior à implantação do CLIPS, por acabar com as imensas filas que se formavam na Policlínica, tornou-se um caminho tortuoso que dificultava o acesso dos usuários e familiares nos momentos de crise a este serviço.

Isto é, mesmo *após a implantação do CLIPS, foi mantida como* única porta de entrada na rede de saúde mental a Atenção Básica. Ao avaliar o caso de saúde mental, o PSF deveria encaminhar o usuário para o Acolhimento em Saúde Mental das unidades de saúde (realizado pelos psicólogos) e, somente aí, proceder o encaminhamento ao CLIPS.

O CLIPS, por suas vez, destinava-se exclusivamente os casos de ‘urgência subjetiva’, quais sejam, neuroses e psicoses graves de curso instável, estado atual agudo, com

⁶⁵ Neste momento, para clareza, não existe CAPS, apesar de citado no texto. O que existe é o que se denominou de *função-CAPS*.

isolamento” social. Excetuando-se os casos de “*agitação psicomotora intensa ou passagens ao ato destrutivas-agressivas*” (ORGANIZAÇÃO..., 2002, p. 2, grifo nosso). O CLIPS também exclui de seu atendimento “*todo e qualquer caso considerado neurológico*”, mesmo em crise subjetiva. Segundo as normas do novo Programa de Saúde Mental, os casos de agitação psicomotora intensa e agressividade deveriam ser atendidos pelo SAMU ou pelo Corpo de Bombeiros e levados ao Pronto Socorro Municipal. Após devidamente contidos, o CLIPS realizaria o atendimento do caso no próprio Pronto Socorro. Nos casos do usuário não apresentar uma melhora do quadro em dois ou três dias, o mesmo é encaminhado para o Hospital Galba Veloso, em Belo Horizonte.

Diante desta situação, inúmeros usuários, familiares, e demais pessoas simpatizantes do movimento antimanicomial buscaram a associação para reclamar deste modelo assistencial, geralmente também questionando o tão desejado CAPS. O movimento buscou discutir com a coordenação de Saúde Mental e com a secretaria municipal de saúde esta situação, mas enfrentou inúmeras resistências dos profissionais.

Percebe-se, assim, que a questão do Modelo Assistencial tornou-se um tema fundamental para o movimento antimanicomial neste período. Afinal, após mais de cinco anos de intensa luta pela implantação do CAPS, o mesmo frustra uma série de expectativas tanto dos militantes mais próximos à associação quanto dos usuários em geral e da comunidade.

Os profissionais que estruturaram os serviços e que sustentam este modelo se tornam, agora, os principais antagonistas do movimento, com os quais este terá de discutir o modo de organizar o cuidado.

3.2 A FALA DOS USUÁRIOS E FAMILIARES: DO ISOLAMENTO À BUSCA DO CUIDADO EM LIBERDADE.

A partir das entrevistas com as lideranças do movimento, as foram levantadas as seguintes temáticas centrais:

3.2.1 A motivação para entrar no movimento:

- O hospital geral não era lugar da doença mental.
- O hospital psiquiátrico como lugar de isolamento e sofrimento.
- O isolamento doméstico.
- O conflito nas relações de vizinhança.
- A decepção com a religião.
- As informações sobre novas formas de tratamento.

3.2.2 Sobre a participação e a luta cotidiana.

- A luta é contínua.
- Fazendo a reforma acontecer aqui em baixo.
- Aprendendo a expressar e ouvir o sofrimento.
- Sensibilizando a sociedade contra o preconceito e a discriminação.
- Construindo saídas cotidianas para o cuidado em liberdade.
- Percebendo que o novo serviço não é antimanicomial.
- Reconstruindo a vida no projeto reabilitação psicossocial.

3.3.3 Expectativas em relação à luta antimanicomial.

- Ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental.
- Ampliar os direitos.
- Realizar novos projetos geridos pela associação.

Em cada temática identificada, será apresentado o Discurso do Sujeito Coletivo e, em seguida, será procedida uma análise deste conteúdo com base no referencial teórico adotado. No DSC, quando aparecer (F), significa um discurso de um familiar e quando aparecer ((U), de um usuário. Este recurso foi utilizado para dar mais clareza ao leitor sobre a posição de quem fala. Onde não houver esta informação, o autor não a considerou necessária.

3.2.1 A motivação para entrar no movimento

O hospital geral não era lugar da doença mental.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Eu não ficava satisfeito com o que acontecia ali dentro, havia maltrato do usuário por profissionais. Eu sentia como se fosse um estorvo ali dentro, como se estivesse tirando a paz do hospital, né? E que não era para aquela pessoa estar ali, é como se a doença mental não fosse uma doença como outra qualquer. Aí, a gente se sentia rejeitado. Eu sentia vergonha de procurar. Eu sentia que eu era um incômodo.

(U) Era a mais humilhante possível. Uma das coisas mais estranhas que eu pude perceber foi a falta de diálogo. A princípio, eu queria entender o que estava acontecendo e ninguém conversava comigo, ninguém me explicava nada. E quando me chamavam para conversar era para encaminhar para outro município, para explicar que com certeza lá no hospital psiquiátrico teria mais recurso. Eu achava que ali era o recurso e, às vezes, eles não queriam nem conversar comigo e me explicar melhor, por que aí eu acho que eu entenderia.

(U) Geralmente, eu não podia ficar muito tempo, quando ia passando de dois ou três dias eles encaminhavam para o hospital psiquiátrico. Depois a coisa foi melhorando e podia ficar um tempinho maior. Eu era maltratado por profissionais, que já estava enchendo o saco, que já estava demorando demais para ir embora. Então, vinha alguém para encaminhar e dar um jeito.

Diante da minha insistência em não internar no hospital psiquiátrico, o médico já não queria falar comigo, queria falar com alguém da minha família. O médico chegou a dizer que se ele matasse alguém a culpa seria minha.

Análise do DSC:

As relações no hospital geral são vivenciadas com grande insatisfação pelos sujeitos pesquisados. Estar no hospital geral é percebido como um fato provocador de incômodo para os profissionais, o que faz emergir uma sensação de rejeição: “era como se a gente estivesse tirando a paz do hospital”. O hospital geral, apesar de ser visto inicialmente como um recurso adequado, acaba sendo sentido como um lugar hostil devido aos “maus-tratos” realizados por profissionais. Os profissionais apontam as limitações do hospital para o atendimento da doença mental. Limitações tanto *de tempo*- “ficar dois ou três dias no máximo”, quanto *de espaço* - “estava tirando a paz, enchendo o saco”.

Assim, estas relações sociais produzem uma sensação de rejeição que inferioriza e produz vergonha, pois são percebidas enquanto problemas individuais dos usuários ou da família que não estão se enquadrando à boa ordem hospitalar. Esta individualização e familiarização do problema é uma importante estratégia da organização hospitalar, pois não permite um questionamento do seu funcionamento, da sua ordenação que busca deslocar a loucura para um outro lugar.

O DSC revela ainda que a estratégia privilegiada utilizada pelos profissionais para a manutenção dessa ordem é o silenciamento. “Não se fala nada”, a não ser no momento em que se vai encaminhar para o hospital psiquiátrico. Outra forma de demonstração de que ali não era o lugar adequado para a doença mental são os pequenos maus tratos cotidianos são interpretados pelo sujeitos pesquisados como uma explicitação da insatisfação do profissional que cuida de algo que não deveria cuidar.

No entanto, o DSC revela também que os atendidos, apesar disso, não reclamam. O poder de decisão dos profissionais é percebido como uma *relação desigual de subordinação* (LACLAU & MOUFFE, 1985), isto é, como algo natural e necessário. As poucas contestações dos usuários e familiares são desconsideradas pelos profissionais, o que produz o sentimento de estar no “lugar errado”. Quando há uma demora na melhoria do quadro clínico, o que implica que o problema é mais grave, os profissionais procedem o *natural* encaminhamento para um outro lugar de tratamento especializado: o hospital psiquiátrico. Mais uma vez, o problema é centrado no grau da doença do indivíduo e não nas normas de funcionamento do hospital geral. A resistência expressa pelo usuário/familiar para não ser encaminhado para o hospital psiquiátrico tem como resposta dos profissionais uma advertência ancorada no mito da periculosidade: o usuário pode “matar” alguém. Assim, segundo o DSC, o hospital geral reforça o papel histórico do hospital psiquiátrico como lugar de cuidados mais especializados e de contenção da violência para a suposta periculosidade da doença mental.

Tais relatos explicitam um modo de cuidar profissional vivenciado pelos participantes que é altamente *castrador* (MERHY, 1998), visto que impossibilita qualquer busca ativa dos usuários e familiares para a recuperação ou produção de graus de autonomia para o enfrentamento da crise vivenciada. Este modo de cuidar reforça a dependência dos assistidos ao saber biomédico por meio de uma crescente especialização encarnada em um único equipamento de tratamento do transtorno mental grave: o hospital psiquiátrico.

Estas práticas podem se caracterizadas como estando sustentadas pelo *paradigma da Psiquiatria – biomédico e individualista* – e pela *aplicação técnica* do conhecimento científico e, enquanto tais, excluem qualquer possibilidade de diálogo genuíno com os usuários e os familiares, reforçando a posição destes de objetos do saber médico-psiquiátrico.

Constata-se uma incapacidade de questionamento dos usuários e familiares acerca das hierarquias e das normas hospitalares o que se dá por uma concepção de poder médico inquestionável que colonizou fortemente o espaço doméstico e comunitário.

O hospital psiquiátrico como lugar de isolamento e sofrimento

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(U) O hospital psiquiátrico é pior do que um presídio. Eu não concordo que é um lugar que faz tratamento e, sim, um lugar que faz tortura e que pode inclusive vir a matar o ser humano. Eu mesmo tive pessoas da minha família que devido à falta de atenção, devido não haver a luta antimanicomial naquela época, essas pessoas morreram por causa de maus tratos dentro do hospital psiquiátrico.

(F) Quando eu vejo na televisão aquelas barbaridades nos hospitais psiquiátricos eu penso: graças à Deus não aconteceu nada. Quando eu imagino que poderia ter acontecido alguma coisa..., isso me faz sentir até mal.

(F) Eu acho que depois da internação (no hospital psiquiátrico) até piorou mais. Por que eu convivi tanto tempo internando e só trouxe trauma. Por que ele ficava com uma raiva, de eu ter internado ele e aquilo dava uma tristeza de eu ter tomado aquela atitude. Quer dizer, não é a solução não, gente! Se você acha que vai internar e vai resolver, não vai resolver. Se você ama mesmo a pessoa e quer ajudar, não é internando que você vai ajudar.

(U) Eu percebi que não existe diferença, a medicação é a mesma, no hospital geral e no hospital psiquiátrico. No hospital psiquiátrico tem um número muito maior de pessoas e

todos considerados loucos, cada um pior que o outro, na tentativa de prender melhor. E percebi que não é nada mais do que isto: um lugar com um número maior de pessoas adoecidas, juntas, e que tem a possibilidade de ficar um tempo maior. E que ali ninguém está ligando muito, até porque tem uma verba do Ministério da Saúde, destinada para cada paciente. Então, não tem muita preocupação da pessoa ir embora e vai ficando ali.

(F) É só uma forma de deixar a pessoa mais longe da família. Eu acho que isso reforça o preconceito e reforça também a família a se aliar a essa falta de humanidade, porque quanto mais longe você fica, mais você vai ficando longe da pessoa e vendo que pode estar levando uma vida normal. É até natural algumas famílias acomodarem com esta situação. Eu acho que quando você está junto, tentando melhorar algo junto, lutando para melhorar alguma coisa, você está vendo o que está acontecendo e lá você não está sabendo o que está acontecendo e muitas famílias acabam acomodando com esta situação, porque dá uma tranquilidade mesmo, mas é uma tranquilidade que eu não quero ter.

(U) Para mim, é um tratamento que nada mais é do que a exclusão. É um lugar de excluir melhor. É esta é a palavra: é um lugar de excluir melhor o portador de sofrimento mental. Porque eu fazia questão de conversar com os pacientes. Todos, todos com que eu conversava, era a mesma coisa, o único desejo era de ir embora para casa. Então, um lugar onde a pessoa só quer fugir, só quer sair dali, só quer ir para casa, não pode ser um lugar bom.

(F) Os profissionais são descuidados, aplicam eletrochoque de qualquer jeito com os outros usuários assistindo tudo. E parece que os profissionais são conformados com aquilo ali. Quantas vezes eu cheguei a perguntar: o que ele tem? O que está acontecendo com ele? “Ah, é doido”, e pronto. Como se doido fosse uma explicação para ele estar ali e acabou. É uma frieza dos profissionais. Eu acho que o hospital psiquiátrico cronifica não só os doentes não, cronifica os profissionais também.

(F) Com pessoas da minha família mesmo aconteceram muitos roubos. Quantas coisas eles levavam... roupas, relógios, dinheiro. É assim, eu já ouviu falar de muita coisa: morte, agressão, estupro. É muita coisa horrível. Só pode produzir o mal ali dentro.

(F) Eu me colocava no lugar dele. Eu pensava, se um dia eu tiver um problema mental, eu não quero ser tratado no manicômio. Por que adocece com problema mental e tem de ser tratado no manicômio? Por que a gente não pode ser tratado de outra forma como se fosse uma doença como outra qualquer? Então, eu me colocava no lugar dele, achava aquele lugar horrível, que ninguém merece ficar ali e por isto que eu resisti, por me colocar no lugar dele.

Análise do DSC:

A visão acerca do hospital psiquiátrico é fortemente crítica e embasada em exemplos de maus tratos sofridos e até por morte de parentes próximos. Assim, o hospital psiquiátrico é um lugar que só faz o mal e pode “inclusive matar”. Sua função é de mero “aprisionamento” dos usuários, pois cronifica e não inclui novamente na sociedade. Segundo o discurso, muitas pessoas internadas não são submetidas a nenhum tipo de tratamento diferente do que é oferecido no hospital geral, afinal, os “remédios são os mesmos”. Restaria assim, a pergunta: por que, então, são encaminhados para o hospital psiquiátrico? Segundo o DSC acima, a resposta estaria na sua função de contenção, na separação da família e da comunidade. O manicômio é tido apenas como um “lugar para prender melhor”.

O DSC revela que os participantes vêem que o tratamento oferecido pelo hospital reforça o afastamento do usuário cada vez mais do seu familiar, já que não possibilita a família aprender a conviver, a lidar com a situação problema. Deste modo, o hospital psiquiátrico apenas promove um afastamento entre usuários e familiares, além de fazer com que o relacionamento piore ainda mais. O cuidado oferecido pelo hospital psiquiátrico se mostrou frustrante diante de uma expectativa de cuidado “especializado” apregoado pelos profissionais do hospital geral da região.

Os profissionais do hospital psiquiátrico são percebidos como distantes e frios. Segundo o DSC, os eles não sabem o que fazer com o doente mental. A negligência é algo que incomoda e provoca sofrimento nos usuários e familiares. O cotidiano hospitalar é visto como carregado de contradições, pois, se é apresentado como um lugar de tratamento, mas na prática acontecem tantas coisas impróprias para um lugar com esta finalidade, como roubos, agressões físicas e até mortes? Tais fatos são percebidos como não sendo condizente com um ambiente especializado de tratamento da doença mental.

Assim, as representações sociais dos participantes do movimento acerca da função do hospital psiquiátrico são ancoradas em idéias do movimento antipsiquiátrico inglês e da psiquiátrica democrática italiana. Estes movimentos vêem o manicômio meramente com a função de manter a ordem social, sem qualquer função terapêutica ou de proteção asilar adequada.

Diferentemente do movimento de familiares dos Estados Unidos e da Itália da década de 70 (GIANNICCHEDDA⁶⁶, apud LOUGON & ANDRADE, 1995) que, diante da desinstitucionalização se manifestaram contrários a ela, o DSC indica uma concordância entre a posição dos familiares e a dos usuários da Associação Loucos por Você quanto às funções negativas do hospital psiquiátrico. Ambos os seguimentos apresentam uma forte repulsa à internação em hospitais psiquiátricos sob o argumento de que ela nada mais é do que um modo de aprisionar e de isolar o usuário, o que contribui no afastamento entre o usuário e sua família e a sociedade.

A falta de comunicação entre usuários/familiares e profissionais é mais uma vez citada como um grande problema, pois quando se quer um esclarecimento sobre a doença mental, a resposta obtida é uma explicação do senso comum: “ah, é doido”. Com esta resposta o profissional não permite o acesso dos usuários e familiares a uma explicação razoável do fenômeno sob o ponto médico-científico, ao mesmo tempo em que reforça todos os preconceitos acerca da loucura. A opção do profissional para se fazer entender rapidamente é a repetição do senso comum que faz calar, que impede o exercício do pensamento, pois não há mais perguntas a fazer, não há mais nada a saber: é doido.

Esta repetição da opinião do senso comum em relação à loucura não promove o seu esclarecimento. Ao contrário, mantém e reforça o que está estabelecido acerca da loucura como uma coisa dada e imutável historicamente. Esta situação é provocadora de mais sofrimento por não possibilitar uma reflexão e apreensão da situação vivida por parte dos usuários e familiares.

De modo semelhante ao hospital geral, os técnicos do hospital psiquiátrico não buscaram promover um diálogo com os atendidos, uma troca de saberes científicos e populares. Diante desta atitude dos profissionais, aparece a opinião dos usuários e familiares de que aqueles estão “cronificados”. Esta afirmação está ancorada na idéia da psiquiatria italiana, do hospital como um dispositivo que produz sintomas sendo uma elaboração do movimento crítico ao hospital psiquiátrico na sua função de asilo (LOUGON & ANDRADE, 1995).

⁶⁶ GIANNICCHEDDA M. G. A normality for us without confinement for them: notes on the association of families of the mentally ill, *The Int. J. Soc. Psych.*, 35(1):62-70,1989.

O isolamento doméstico

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) O que mais me angustiava era não ter ninguém para me ouvir (em casa). Então, esta falta de diálogo aumentava muito o sofrimento. A única coisa que eu tinha era medo... Tinha medo até do que eu pensava e queria. Eu pensava: será que é certo, por que não consigo me conformar com a internação psiquiátrica, eu não consigo me conformar com o manicômio. Será que isto é certo? Eu tinha medo de meus filhos serem prejudicados.

A ajuda que vinha era para internar, para que eu pudesse viver melhor, pois já que não tinha solução e o problema estava tão sério e meu sofrimento era muito grande, o alívio que eu poderia ter era só com a internação no hospital psiquiátrico.

Então, a cada crise o meu desespero aumentava mais, porque eu sabia que por maior que fosse o meu sofrimento, a única coisa que eu ouvia dos profissionais, dos parentes e dos vizinhos era que tinha de internar no hospital psiquiátrico. E isso eu não queria ouvir de ninguém. Por maior que fosse o meu sofrimento, eu queria uma outra saída.

(U) Eu não era uma pessoa que convivia muito. Eu achava que eu tinha que me isolar. Eu me isolava com os meus problemas achava que ninguém devia saber. Eu achava que eu tinha que conviver sozinho com as crises, com os problemas que a gente tinha em casa. (F) Eu não gostava que vazasse os meus problemas, que as pessoas ficassem sabendo como que a gente estava. Eu vivia uma fachada. Sofria praticamente sozinho, achava que os outros não tinham nada com isso.

Análise do DSC:

O isolamento no espaço doméstico é a forma encontrada para a não exposição pública do sofrimento mental, pois, a sua publicização era motivo de vergonha. O sofrimento mental é visto como um sofrimento que deveria permanecer no âmbito privado, pois não é o tipo de problema que se conversa com o vizinho, que se divide. Assim, tinha que se “isolar”, pois achava que “ninguém tinha nada com isso”. Então, “vivia uma fachada”, numa aparência que escondia as crises. O não querer internar é vivido como um conflito, pois não sabe se poderá estar prejudicando os outros familiares com a vivência da doença mental.

O modo de constituição da família nuclear moderna transformou o espaço doméstico em um lugar de refúgio contra um “fora” ameaçador. No relato, vemos que este fora

ameaçador é tanto o hospital psiquiátrico em si, como o próprio modo de pensar psiquiatrizado que colonizou a solidariedade familiar e comunitária, pois “a ajuda que vinha era para internar”. Mas, a ajuda não poderia ser de outra ordem?, é a questão colocada pela familiar. Assim, compartilhamento do cuidado entre os membros da família, idealizado pelo modelo de família nuclear burguesa, entra em colisão com o cuidado técnico oferecido, baseado no afastamento do membro adoecido defendido pela Psiquiatria. Esta tensão é justificada nos sujeitos pesquisados pelas experiências dramáticas vividas no hospital psiquiátrico em que vários acontecimentos ameaçaram a integridade física e mental do usuário internado. Assim, o isolamento doméstico é uma forma de evitar possíveis negligências e até mesmo violências já vividas nos hospitais psiquiátricos.

Para os familiares, a internação é vista como último recurso diante de situações insuportáveis. Ter de recorrer ao hospital psiquiátrico para dividir o cuidado nos momentos críticos é algo que produz mais sofrimento visto que é percebido como um recurso incapaz de promover um tratamento adequado, servindo mais para produzir um alívio na família do que tratar efetivamente o usuário.

Constatamos que a falta de alternativas de cuidado ao manicômio é promotora de sofrimento tanto nos usuários como nos familiares. Assim, a atitude adotada é o isolamento, a privatização cada vez maior do sofrimento, pois este tipo de problema não é visto como próprio de ser cuidado nos dispositivos de saúde ofertados. Se o que é oferecido é o hospital psiquiátrico não resta outra coisa a não ser o cuidado na intimidade, na proteção da casa, tendo o amor familiar como refúgio e tratamento. O espaço doméstico é reforçado como “o lugar” de proteção contra o exterior que só faz produzir mais sofrimento. Esta privatização do sofrimento mental acaba por promover sua completa despolitização.

O conflito nas relações de vizinhança

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) O vizinho, às vezes, vinha muito irritado falar comigo, e me perguntar, querer que eu resolvesse o problema. E ‘resolver’, era internar. (U) Eu também quando era mais jovem gostava de fazer chacota da cara deles (dos doidos). (F) Aí eu comecei entender que era obrigação minha mudar esta forma das crianças verem o doente mental, das mães também

verem. Eu vi uma mãe dizer para uma criança que estava chorando : ‘olha, pára de chorar que o doido vai te pegar’. E o doido era meu filho que estava passando...

Análise do DSC:

As opiniões dos vizinhos são vistas como promotoras de uma forte divisão entre loucos e não loucos. O louco é para se “dar um jeito”, para se “fazer chacota”. A identificação da difícil resolução dos problemas de relacionamento com a pessoa louca na comunidade é vivenciada como um desafio que deve ser começado na infância.

A dinâmica do espaço da comunidade é marcada pela maximização da identidade, resultando na tendência ao expurgo da diferença(SANTOS, 2001). Lembrando as formas de consciências da loucura na sociedade ocidental expostas por Foucault (1979), vê-se que estas consciências explicitam formas variadas de conceber a alteridade que vão desde a tolerância chegando a sua completa exclusão na apartação social (BUARQUE, 1993). Em relação à consciência analítica da loucura, o paradigma psiquiátrico apregoa o tratamento da doença mental para que os sintomas sejam controlados a ponto de permitir ao adoecido a sua submissão às normas de convívio social. Quando isto não é possível, a proteção asilar seria uma solução. Assim, “resolver o problema” expresso no DSC acima seria internar no hospital psiquiátrico, o que resultaria na retirada da pessoa que apresenta uma diferença insuportável para a comunidade.

O espaço da comunidade tende a buscar um consenso, uma forma de ser e de agir que reforce o que já está estabelecido, numa defesa da tradição. A repetição dos valores e de códigos de conduta é a maneira de sua reprodução e manutenção, ao passo que a diferença é traduzida em desordem e risco de fragmentação do agrupamento. Disseminar o medo do outro, do diferente é uma forma de controle dos seus membros, de forma que se faça o controle das diferenças individuais. Ao mesmo tempo, a existência da diferença aponta para a necessidade da manutenção da ordem interna, dos membros estarem coesos na luta contra a ameaça da “diferença”, supostamente inimiga. Neste sentido, a definição de amigo é a do mesmo, do que repete o modo normalizado, é o que repete a *comunidade* mantendo-a viva. Reforça, deste modo, uma identidade sempre repetida e, portanto, a-histórica. A Psiquiatria, em suas diversas vertentes – da biológica à psicossocial, da curativa à preventiva, da asilar à comunitária – com sua suposição de único saber sobre a loucura, colonizou o senso comum reforçando esta tendência da exclusão da diferença pela maximização da identidade dos “mentalmente saudáveis” e a concomitante exclusão dos diagnosticados como psicóticos.

A decepção com a religião:

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Lógico que, quando alguém de sua família desenvolve um sofrimento desse você acha que realmente o problema é espiritual, você procura saídas na igreja. Eu tive muita decepção por que também dali eu ouvi, em muitas e muitas igrejas, eu ouvi falar que aquele problema ali dependia da minha fé, que aquilo só saia com jejum e oração e que era algo demoníaco, espiritual.

Na minha igreja depois de muita oração sem resultado, disseram que foi revelado que era para eu abrir meu coração para a internação. Eu descobri também que a religião não sustentava a minha realidade e que ali eu não iria achar saída. E que se eu tinha fé para isso sim, se eu queria que ele fosse curado, e ele não foi, é por que aquilo ali era uma doença, e doença pode existir, sim, na mente, no coração, pode existir no fígado, pode existir onde quer que seja no nosso corpo.

(U) É uma doença e nós temos que aprender a aceitar e que doença pode acontecer em qualquer lugar do nosso corpo. Por que é da mente é uma doença demoníaca? Nada disso! Nas outras igrejas, colocavam toda a responsabilidade em mim, que dependia da minha fé e que esta casta de demônios só sairia com jejum e oração.

Análise do DSC:

A religião, inicialmente, representou uma busca da cura para o sofrimento, no entanto, a interpretação religiosa de que o mal estar é causado por uma possessão demoníaca traz mais sofrimento, já que a solução indicada necessitou de uma capacidade que não se tinha: uma fé capaz de expulsar o demônio. A responsabilização individual pela cura apregoada pela visão religiosa produz uma sensação de incompetência diante da perturbação mental que não é curada nos rituais religiosos. Ao mesmo tempo, pode-se inferir também que esta situação inferioriza os membros acometidos de sofrimento mental, tornando-os membros de “segunda categoria” da sua comunidade religiosa, pois fica demonstrado que os mesmos não têm uma fé necessária para sua cura.

Constatamos pelo DSC que esta tentativa de resolução do sofrimento mental pela via religiosa promoveu mais vergonha e culpa. Assim, diante do negativo resultado pela via religiosa, isto é, a fracassada expulsão do demônio causador do mal, resta contentar-se com o

cuidado médico, pois se não é demônio é doença, o tratamento é a internação no hospital psiquiátrico.

A comunidade religiosa não ofereceu uma acolhida ao sofrimento já que este é uma manifestação de loucura promovida por uma entidade demoníaca. Esta explicação não apresenta um conforto, uma inclusão e aceitação da pessoa portadora de sofrimento mental e de seus familiares; ao contrário, os usuários e familiares percebem que ela reforça todas as vivências ruins do sistema de cuidados ofertados pela assistência psiquiátrica tradicional.

As informações sobre novas formas de tratamento

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Eu assisti a um programa que falava que existia tratamento fora do hospital psiquiátrico. Eu achei aquilo interessante e liguei para a emissora para saber mais. Eu encontrei um panfleto nas ruas de Belo Horizonte e pensei: aqui está a minha saída. Mas, eu coloquei não sabia o que fazer com ele. E também, as coisas não mudavam. Depois achei outro (panfleto) aqui em Ipatinga. Era 18 de maio, eu nem sabia o que se comemorava nesse dia. Eu li e dizia que existia um jeito de tratar do doente mental perto da família e da comunidade. Isso existe, então, as minhas idéias não são tão loucas assim! Eu quero algo que já está acontecendo.

Eu fui procurar o secretário de saúde, queria saber por que o nosso município não tinha ainda um serviço de saúde mental. E chegaram a falar que era um gasto muito alto para o município, que não adiantava eu pedir por que não ia ser feito. E que o prefeito já tinha falado para não insistir nessa questão e que realmente não tinha condição de implantar o serviço de saúde mental. Eu cheguei a pensar que era uma coisa impossível e caríssima. Aí eu não sabia mais o que fazer.

(U) Eu fui convidado pelo psicólogo pra participar do movimento, por que eu não tinha nada pra fazer, ai ele disse que lá eu poderia encontrar alguma coisa. Eu queria voltar a trabalhar. Ai eu me animei.

Análise do DSC:

Os novos serviços de assistência em saúde mental são publicizados pelos meios de comunicação e também pelas manifestações do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Em Belo Horizonte, esta manifestação é realizada pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental com diversas funções, como comemorar os avanços conseguidos na implantação novos serviços, reivindicar novos serviços e ações dos programas existentes.

Já em Ipatinga, de acordo com a época referida (1998), o panfleto servia para indicar que tais serviços seriam implantados em breve, já que tinham apoio de diretrizes aprovadas nas conferências municipais de saúde. No entanto, tal projeto não era consensual dentro do governo, o que acabou promovendo o cancelamento de sua implantação.

No entanto, as informações sobre os novos recursos assistenciais foram importantes, pois acenaram para a familiar, antes de tudo, para a real existência daquilo que até então era apenas desejado na intimidade. Com isto, percebeu que o que queria estava acontecendo em algum lugar. Assim, saber da existência destes novos recursos assistenciais impulsiona na busca de respostas perante o Estado. Esta passagem do sofrimento como algo manifestado apenas no âmbito privado para o âmbito da esfera pública constitui um momento importante, pois, agora a sua resolução pode depender de um recurso a ser proporcionado pelo Estado.

O usuário também ao saber de outras possibilidades de sua inserção na sociedade ganha motivação para inovar em suas tentativas. Esta consciência de que existe outro tipo de tratamento possível interfere diretamente na concepção do processo saúde-doença-cuidado. Antes, a doença mental era concebida como algo a ser tratável no nível hospitalar (hospital geral ou psiquiátrico). Com o fracasso destes tratamentos, o problema era declarado gravíssimo e atribuído a condições da doença em si, portanto, individual. No entanto, ao se identificar uma *nova maneira de cuidar*, identifica-se também que o problema *não é apenas do indivíduo*, sendo também do sistema de cuidados ofertados.

A reivindicação dirigida ao secretário municipal de saúde faz pensar que o serviço seria muito caro. Após uma resposta negativa do gestor da saúde, não buscou outros meios de publicizar a sua situação vivenciada. Assim, mesmo sabendo da existência do recurso assistencial, não tinha a percepção de outras formas de intervenção junto ao governo municipal. A concepção de cidadania estava restrita a uma relação direta de cidadão com o gestor.

3.2.2 Sobre a participação e a luta cotidiana

A luta pelo CAPS

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Nós fundamos a associação para cobrar do poder público a implantação dos serviços de saúde mental. Eu pensava que a gente se organizaria e que o serviço seria implantado daí uns dois ou três meses. Eu pensava que a partir de então poderia cruzar os meus braços e pronto, estaria feito o nosso trabalho. O que eu percebi é que a nossa luta é contínua. (U) Nós queríamos mais psiquiatras, mais profissionais, a implantação do CAPS

Análise do DSC:

A associação é vista, inicialmente, como um instrumento de reivindicação junto à prefeitura para a implantação do CAPS, tendo um caráter estritamente *reivindicatório*. Esta concepção do movimento reduzia a luta política ao espaço de relação do movimento com o Estado (espaço da cidadania). Ao conceber que os problemas geradores da mobilização seriam totalmente resolvíveis pelo serviço a ser implantado, a tarefa do movimento seria episódica, pontual.

Segundo o DSC, após a implantação do CAPS o movimento poderia “cruzar os braços” que o novo serviço faria todo o trabalho. Esta idéia do CAPS como “o” lugar onde seriam realizadas as ações de saúde mental, assemelha-se à lógica dos serviços convencionais (o hospital geral e o hospital psiquiátrico), onde as pessoas são submetidas a um tratamento em que não se pede outra coisa a não ser a sua submissão aos saberes e às técnicas oferecidas. Isto é, todo conhecimento está na mão dos profissionais que agem por meio de técnicas próprias a fim de sanar um mal, uma idéia ancorada numa concepção biomédica do cuidado em saúde.

Nesse momento, a concepção da luta estava muito semelhante ao projeto da reforma “mais psiquiátrica” (GENTIL, 2002): um equipamento altamente especializado com um saber próprio e totalmente capaz de resolver os problemas do sofrimento mental.

Fazendo a reforma acontecer aqui em baixo

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(U) Eles (da prefeitura) tinham muita resistência. Até sumiram com a nossa proposta na conferência de saúde. Fiquei bastante decepcionado. Parecia não ser verdade o que tava acontecendo. Nós sabíamos que mesmo aprovada, eu acho que em sete conferências, a saúde mental não era implantada.

(F) Nós chegamos a estar em conferências municipais de saúde, no COMPOR (congresso municipal de prioridades orçamentárias), distribuimos panfletos, adesivos. E eu cheguei, assim, na conferência municipal de saúde de 2002 a sentir que algo tão importante para nós... parecia que nós estávamos querendo fazer um mal para a sociedade. Se não fosse o grupo (da Associação Loucos por Você), dava pra desistir.

(U) Tivemos muitas decepções, mas os ‘nãos’ recebidos não chegaram a nos fazer calar, nem desistir da luta. Pelo contrário, os ‘nãos’ serviram para a gente adquirir mais força e descobrir que a cada momento é importante a nossa organização, é importante organizar para lutar, por que sozinho a gente não consegue nada, mudar nada. Mas com a força do movimento, das pessoas que se solidarizam com o nosso problema fica mais fácil ou, pelo menos, dá mais força para lutar.

(F) Parecia que a lei da reforma (psiquiátrica) não teve resultado. O movimento teve que fazer as coisas acontecer aqui em baixo.

(F) Quando o movimento percebeu que a proposta não seria implantada pela ineficiência do conselho que não funcionava e também pela manipulação do governo que fazia tudo para não aprovar nada a nosso favor, começamos a fazer encontros, seminários, passeatas, a divulgar nossa luta por todos os meios.

Análise do DSC:

O governo municipal tomou uma posição contrária à proposta de implantação do CAPS defendida pelo movimento a ponto de não cumprir as diretrizes aprovadas nas instâncias formais de participação popular. A manipulação do processo democrático pelo governo nas conferências de saúde chegou a gerar dúvidas acerca da proposta defendida pelo movimento: “Eu cheguei, assim, na conferência de 2002, a sentir que algo tão importante para nós, sentir que parecia que nós estávamos querendo um mal para a cidade”.

No entanto, o dispositivo grupal instalado pelo movimento é considerado como um importante instrumento para a reflexão sobre tais acontecimentos e reforçar a continuidade na luta, pois “se não fosse o grupo dava para desistir”. Assim, “os ‘nãos’ recebidos serviram para aumentar mais a força do grupo”.

O descumprimento pelo governo municipal das deliberações aprovadas nas instâncias de controle social e o rompimento dos acordos com o movimento fez crescer um sentimento de grande injustiça nos participantes. Ao não mais respeitar as decisões dos canais de participação direta, o governo local fez com que o movimento buscasse novas estratégias de luta como: coleta de assinaturas, manifestações públicas e reuniões com a comunidade. Outros movimentos sociais, igrejas e grupos artísticos foram convidados para participar da luta. Também foram realizados seminários, encontros, discussão de filmes e até um concurso de redação para os estudantes. Mobilizou-se ainda o governo estadual e o federal, através das suas respectivas coordenações de saúde mental para participação nos seminários.

Assim, ao buscar ampliar as atividades de mobilização para além da relação vertical com o governo que manipula e nega um efetivo processo democrático, o movimento reforça a sua unidade interna e busca uma solidariedade externa de outros setores: “com a força do movimento social e das pessoas que solidarizam com o nosso problema fica mais fácil, ou pelo menos dá mais força para mudar”.

Diante da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 (Lei 10.216), o movimento analisa que a mesma não influenciou diretamente a política de saúde mental local, concluindo que “parecia que a lei da reforma não teve resultado” e “tivemos que fazer as coisas acontecer aqui em baixo”. Como alerta Santos (2001, p. 303) “uma mera alteração do direito estatal pode não alterar grande coisa se outras ordens jurídicas se mantiverem e conseguirem restabelecer as suas articulações com o direito estatal em outros moldes”. No município, o direito *comunitário* à assistência ao doente mental era ainda identificado com o direito de proteção asilar praticada por instituições locais; o direito doméstico à assistência era visto como o direito à assistência do hospital psiquiátrico e realizado por hospitais de Belo Horizonte. Com isto, a política exercida efetivamente pelo governo municipal no setor da saúde mental não se viu conforme obrigada a cumprir o preconizado pela Lei 10.216.

Para o movimento, a insistência do governo local em defender o modelo assistencial psiquiátrico e asilar é vista como um desafio a ser vencido.

Aprendendo a expressar e ouvir o sofrimento.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Desde o início (do movimento) um (participante) ouvia o outro. Era muita choradeira. Todo mundo se emocionava muito com os problemas de cada um. As pessoas que apoiavam o movimento e que não viviam o problema ficavam até assustadas com tanto sofrimento.

(U) O importante é a gente aprender a ouvir porque, a partir do momento em que eu fui ouvido, muitas coisas mudaram em minha vida e eu também fui aprendendo a ouvir. E se eu não posso mudar nada agora, nós podemos construir juntos, pensar juntos o que nós podemos estar fazendo amanhã, o mês que vem. Então, é assim que eu fui aprendendo, que ouvindo nós vamos ter tolerância para construir juntos.

Análise do DSC:

O sofrimento vivenciado cotidianamente pelos usuários e familiares carecia de um lugar público onde pudesse ser falado sem que a solução apontada fosse a internação em manicômios ou o isolamento doméstico. O grupo de reuniões semanais que, à princípio, estava destinado à construção de estratégias de luta frente o governo local, tornou-se progressivamente em um lugar para a escuta do sofrimento provocado por inúmeras situações vividas no espaço doméstico e comunitário. Deste modo, o grupo inicialmente formatado para a organização da disputa política começa a ter uma função de ajuda mútua e posteriormente.

Muitos grupos de saúde mental nos Estados Unidos e na Europa tiveram seu início marcado pelo objetivo da ajuda mútua, do tipo Alcoólicos Anônimos (WEINGARTEN, 2001; VASCONCELOS, 2003), e depois, diante da constatação de que eram necessárias ações mais amplas, externas ao grupo, reorientaram seus objetivos e ações. Outros grupos, principalmente no Brasil, surgem a partir da própria reforma psiquiátrica centrados mais na militância política com vistas a ampliar a inclusão social, denunciando preconceitos sociais e lutando pela ampliação da assistência oferecida.

No entanto, no caso da Associação Loucos por Você, o motivo inicial da constituição do movimento foi a luta por um serviço tipo CAPS em um lugar onde tais serviços nem eram conhecidos. Posteriormente, o grupo acolhe a expressão do sofrimento dos novos membros de forma solidária, pois diante da completa ausência de outros recursos

disponíveis, o movimento precisou praticar uma ação que sustentasse o seu projeto de inclusão social da loucura. Ao mesmo tempo, este compartilhamento do sofrimento no espaço público com pessoas que não conviviam com o problema (vizinhos, militantes de outros movimentos, por exemplo) serviu para dar visibilidade social às demandas do movimento, retirando-as da esfera das explicações individualizantes, das micro-preocupações intimistas e despolitizadas do espaço doméstico. A expressão do sofrimento de várias famílias se tornou uma prova concreta da forma de exclusão dos direitos assistenciais negados pelo governo local.

Sensibilizando a sociedade contra o preconceito e a discriminação.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(U) Nós fizemos várias ações na cidade como manifestações na praça pública, demos várias entrevistas em rádio, televisão, jornais, na mídia em geral, fizemos seminários, tudo que a gente podia tá falando, a gente estava sempre presente. Então, eu acho que foi assim, sensibilizar também a sociedade, por que não adianta nada eu querer e o meu vizinho não.

(F) Eu mesmo olhava um doido como um doido. Alguém que não tem razão. Quando a gente fala que um doido está vindo aí, a gente esquece que ele também tem um coração, que ele é um ser humano, que ele tem família, que ele é gente. Apesar de tudo, é um ser humano, apesar da diferença. Aceitar um igual é muito fácil, mas aceitar o diferente, às vezes, não é tão fácil. Mas isto deve ser construído, e só através de nosso trabalho, da nossa força, da nossa organização que nós vamos conquistar isto a cada dia. E, algo que foi construído por séculos, espero que não sejam necessários séculos para desconstruir. Nós temos urgência em acabar com o preconceito, a discriminação que existe em relação ao portador de sofrimento mental e sua família. Tem que tratar a pessoa como um ser humano qualquer. É claro que algumas vezes nós temos de usar a nossa criatividade. Nós temos de tratar com amor e carinho, como se trata qualquer outra pessoa, mas também sabemos que, às vezes, precisamos de algo mais, de uma forma especial de tratar, eu acredito que esta forma seja mais tolerância, mais criatividade, mais carinho mais amor, mais solidariedade, e entender que é uma diferença humana, nada mais.

(F) Mas se tem algo que me deixa muito feliz, quando eu falo das coisas que acontecem em minha casa, as pessoas se abrem, se encorajam em dizer que têm um irmão, que tem uma tia, que tem uma mãe. Engraçado que muitas vezes são profissionais da área da saúde. Às vezes, são profissionais que estão no movimento, são de serviços de saúde, mas estão ali somente enquanto profissional, a partir do momento em que eu me abro, falo do meu problema, falo das loucuras que acontecem, da criatividade que nos temos de ter, do jogo de cintura, as pessoas se encorajam e acabam me contando. Eu penso mais um familiar que eu conhecia apenas como profissional. Então, a loucura está mais próxima de nós do que possamos imaginar.

(U) Eu nunca esqueço disso, não tem outro pensamento que vem na minha cabeça quando a gente comemora o dia 18 de maio, que é o dia nacional de luta antimanicomial, quando nós nos fantasiamos e vamos comemorar de maneira bem alegre, eu falo que esta aqui é uma forma de mostrar para as pessoas que lidar com a doença mental é algo difícil, mas não é impossível, mas mostrar para as pessoas que a doença mental é como outra qualquer.

(F) Tivemos uma luta para fazer a usuária ter o direito de ficar com sua filha, depois de uma denúncia dos vizinhos de que ela não cuidava bem da filha. O Juiz, os assistentes sociais achavam também que ela não tinha mais direito de cuidar da filha, que não estava sendo uma boa mãe. A menina já estava até em um orfanato, para ser adotada. Nós conseguimos provar que ela podia cuidar e que íamos acompanhar o caso, que ia pedir ajuda dos vizinhos, do serviço de saúde e aí ela conseguiu ter a filha de volta. Por que ela não podia cuidar da filha? Era tudo preconceito. Então entramos em contato com várias pessoas para mudar a maneira de eles verem o problema.

Análise do DSC:

Para vencer a rígida resistência governamental, o movimento dirige-se à sociedade na busca de apoio para sua luta “porque não adianta nada eu querer e o meu vizinho não”. Identificamos nessa afirmativa uma ênfase em intervir nas relações cotidianas sendo bastante significativa a citação da instituição *vizinhança* como forma de ampliar a adesão à proposta do movimento, buscando ampliar o ideal de igualdade do espaço da cidadania para o espaço da comunidade, politizando a cultura.

A forma de poder dominante no espaço da comunidade é a *diferenciação desigual* que torna a diferença da loucura em uma diferença *não-humana*. Assim, as pessoas vêm um “doido como um doido”, “alguém que não tem razão”, “esquecendo que ele tem família, que é

um ser humano”. Para superar esta forma de exclusão, o movimento argumenta que é necessário tratar o louco como outra pessoa qualquer, sem com isto negar a sua diferença que é “humana, nada mais”. Portanto, tem-se de tratar o louco como “outra pessoa qualquer”.

Em relação ao “dilema da diferença”⁶⁷ presente no NMSs, de que a luta pela diferença pode ir contra a luta pela igualdade, é importante realçar aqui, como dizem Santos e Nunes (2003, p. 56) que “as pessoas e os grupos têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza”.

O DSC assinala que a dificuldade de aceitação da loucura é a mesma dificuldade de aceitar outras diferenças: “aceitar o igual é muito fácil, mas aceitar o diferente, não é tão fácil”. Desta forma, o movimento assume a tarefa de mudar esta *dinâmica de desenvolvimento* do espaço comunitário com o “trabalho”, com a “força”, e com a “organização” do movimento para, assim, “conquistar isto a cada dia”. O requisito para enfrentar a diferença presente no DSC é “mais tolerância, mais criatividade, mais carinho, mais amor, mais solidariedade”, entendendo “que é uma diferença humana, nada mais”. Vemos aqui características marcantes dos NMSs, quais sejam, a luta pela transformação das relações do cotidiano, no aqui e agora, uma transformação urgente que começa hoje, em cada ação concreta de cada pessoa.

O dia nacional da luta antimanicomial é visto como um importante momento de divulgação da proposta antimanicomial. Esse dia é comemorado pela Associação Loucos por Você com uma manifestação carnavalesca que transita pela cidade onde participam usuários, familiares e demais pessoas que apóiam a luta. Assim, “a comemoração alegre é para mostrar que lidar com o adoecimento mental é algo difícil, mas não impossível, que é uma doença como outra qualquer”. A inversão do sofrimento pela alegria é visto como algo que pode atenuar a discriminação negativa que existe em relação à doença mental. Segundo Santos (2001), o carnaval é uma metáfora cultural do mundo às avessas, onde se transgride a ordem provocando o riso. O carnaval dos loucos, assim, pode ser um importante recurso cultural para provocar mudanças favoráveis à inclusão da loucura no espaço comunitário e que influenciaria mudanças também no espaço da cidadania e no espaço doméstico.

⁶⁷ Cf. Perucci. O dilema da diferença,

A alegada incapacidade da mãe doente mental para cuidar de sua filha de nove anos é um tema que chama atenção. A defesa dos plenos direitos do usuário de conviver na cidade implica em uma mudança na concepção da diferença “incapacitante” da loucura/doença mental. No caso citado, uma vizinha da usuária (espaço da comunidade) denuncia que ela não cuida bem da criança. Com isso, o juiz (espaço da cidadania) atua rapidamente na defesa da criança, protegendo-a da mãe doente mental em um abrigo provisório. A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, tornou-se um dever de todo cidadão zelar pela proteção da criança e do adolescente, denunciando possíveis violações dos seus direitos. A vizinha e o sistema jurídico se mobilizam de forma a defender os direitos da criança sem se apercebem dos “direito” da pessoa com sofrimento mental.

O movimento antimanicomial, por sua vez, atua na defesa dos direitos da pessoa com sofrimento mental, lutando pelo direito dela de exercer a sua maternidade. Esta luta mobiliza a criação de novas formas de cuidado, com a proposição do cuidado compartilhado da mãe com os vizinhos, com os profissionais, com os professores. Criam-se, assim, novas formas de exercer a solidariedade e o direito.

Constata-se, deste modo, que a mobilização do movimento difunde-se para a defesa de novos direitos no cotidiano, na construção de uma nova cultura relacional e de cuidados em relação aos usuários da saúde mental. O movimento amplia sua ação ao identificar manicômios que existem fora do hospital psiquiátrico nas diversas práticas opressoras que existem na comunidade. Esta identificação delimita fronteiras entre amigos e inimigos da luta antimanicomial no cotidiano dos usuários e familiares. Agora, o inimigo “manicômio” pode estar em qualquer lugar.

Construindo saídas cotidianas para o cuidado da crise em liberdade.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) As orientações vinham prontas, dos médicos, do amigo, do vizinho, do parente, entendeu? Está pronto, está feito, está construído: é o manicômio, é ali, lugar de doido é no manicômio. As saídas prontas eu tenho medo delas. Eu acredito naquilo que nós podemos construir juntos. Se hoje nós não temos a solução, amanhã, depois, nós vamos ter, mas sempre juntos.

(F) Então, quando hoje eu digo que tenho forças e que não me causa medo, por mais estranha que seja a situação dentro da minha casa, é porque as pessoas aprenderam a me respeitar, apesar da diferença.

(U) E que essa conquista só aconteceu devido a nossa luta, é porque eu nunca mais me senti sozinha a partir do momento em que nós fundamos essa associação. Então a cada dia eu adquiri mais forças para lutar.

(F) Na verdade, eu não sabia nem que tinha direito para falar que estava ruim, que eu estava sofrendo, mas que principalmente eu não queria o manicômio. Lembrar de tudo que eu já passei, lembrar de todo o sofrimento, é claro que o problema não acabou. Mas, hoje, eu posso dizer que posso enfrentar a tudo e a todos e que meu filho está livre da internação psiquiátrica e disso eu não tenho medo algum. Por mais difícil que seja, às vezes, a situação, é possível contorná-la, é possível achar saídas sem a internação psiquiátrica. Este era o meu maior temor, de ficar sem ele. Lembrar disso me emociona.

(F) É claro que ele é cheio de manias, às vezes, ele toma até dez banhos por dia, mas, às vezes, também ele fica dez dias sem tomar banho. Então, eu chamo aquela pessoa, aquele vizinho que ele está mais tendo amizade, mais tendo simpatia com ele. E, às vezes, foi aquele vizinho que já mandou levar ele para o hospício. E aí eu chamo e as pessoas hoje têm o maior prazer em estar me ajudando, disposição, ir lá e conversar, não precisa dar banho não. É só chegar e conversar com ele. Falar com ele que é legal ficar cheiroso, que vamos assistir a um filme depois, eu vejo que ele realmente está sendo visto como qualquer outra pessoa, não importando a diferença que existe com a doença. E isso, eu aprendi nas reuniões do nosso movimento.

(U) Quando fazíamos uma visita em que uma situação parecia muito difícil, e que a gente não tinha solução, a gente ouvia. Então, a gente foi aprendendo que, muitas vezes, ouvir era uma forma de ajudar.

(F) Nós respeitamos (a visão religiosa) até certo ponto, porque se vem um pastor ou alguém da igreja dizendo que Jesus cura, que não precisa de medicação aí nós vamos chegar junto, nós vamos estar falando, abrir a cabeça dessa pessoa para que ela aceite. Por que o “irmão” que é hipertenso pode tomar medicação, o “irmão” que é diabético pode tomar medicação e o “irmão” que tem um problema mental não pode tomar? A gente só quer que ele entenda isso. Eu acho que, se nós abrimos para isso, nós estamos mostrando uma forma de acabar com o preconceito.

(U) É doença, não é demônio. E se não é demônio, precisa de medicação. Vamos reforçar isto, vamos conscientizar estas pessoas disso. Uma das coisas que a gente aprendeu

dentro de nossa associação é respeitar a religiosidade de cada um. Lá tem espíritas, católicos, evangélicos, cada um na sua.

(F) Eu aprendi, por que eu também achava que na minha religião ali existia a verdade. Aprendemos a respeitar, sim, também a religião do outro. Hoje, se alguém chega e quer rezar, quer orar ou quer fazer a sua oração espírita se as pessoas quiserem... eu acho que isto é o cuidado em liberdade. É na religião, é em toda a parte que for e por que também não na religião.

Análise do DSC:

A forma de tratamento proposta pela Psiquiatria é vista como uma saída “pronta” que se apresenta em diversos espaços diante das situações de crise. No entanto, a vivência desses momentos de crise não é mais temida “por mais estranha que seja a situação dentro de minha casa”. A perda do medo de enfrentar esta situação limite é atribuída, principalmente, ao não se sentimento de isolamento, superado desde que começou a participar na associação.

Antes de conhecer o movimento, o familiar não sabia nem que tinha o “*direito* de falar que estava sofrendo” e que “não queria o manicômio”. Como diz Santos (2001), o direito doméstico é visto como sendo demasiado fraco para ser entendido como direito, daí o desconhecimento da possibilidade de instituir direitos nesse espaço e de lutar por eles diante da sua comunidade ou do governo local. Portanto, este reconhecimento acerca do *direito de cuidar em casa* só é feito a partir do momento em que, publicizando o sofrimento, encontra acolhida no movimento social, tendo ainda “mais forças para lutar”.

Mas, como lidar com o sofrimento mental em casa mesmo sabendo que se tem esse direito, se não era oferecido naquele momento o apoio de um CAPS? A saída encontrada foi dividir o problema com o grupo. Este compartilhamento dos problemas vividos desafia os seus participantes a construir novos conhecimentos de como lidar com as situações de crise que demonstrem, na prática, a viabilidade do desejado projeto antimanicomial.

Ou seja, ao propor uma atenção em saúde mental comunitária em um lugar onde ainda não se tinha tal serviço, o movimento se defronta com um dilema, qual seja, os familiares e usuários militantes do movimento que criticava o modelo manicomial, mas nos momentos de crise eram obrigados a utilizá-lo. Esta prática, oposta aos ideais do movimento, incita o grupo ao desafio de inventar novas formas de cuidado que suportem tais situações de crise. Assim, novas maneiras de lidar com o conflito são inventados e a escuta dos problemas é citada como instrumento importante neste processo.

Mesmo diante de situações em que parecia “não haver saídas” – entendendo a ausência de saídas como a repetição do modo manicomial – a escuta se mostrava importante, pois se não havia uma resposta imediata ela aparecia depois, em outro momento. Desse modo, a efetividade das visitas produz novos saberes e novas experiências que são compartilhadas servindo para sustentar a posição ideológica do movimento.

No DSC, a concepção religiosa do sofrimento perturbação mental é criticada por culpabilizar os familiares e usuários, sendo utilizada por estes uma argumentação baseada na concepção médica. Assim, o respeito à religião vai até o ponto em que não interfira no uso da medicação, pois “se não é demônio, então precisa de medicação”.

Podemos dizer que a argumentação da *igualdade* da doença mental com as outras doenças orgânicas refere-se a uma defesa da natureza humana da doença mental em oposição à natureza demoníaca, não significando necessariamente uma concepção estritamente organicista, pois, como vimos acima, buscou-se a construção de novas práticas relacionais diante das situações de crise sem recorrer somente à medicação como única solução para a crise.

A idéia do cuidado em liberdade é exemplificada com a liberdade de credo religioso, mesmo com a discordância existente acerca da causa do sofrimento mental. Assim, lá na associação tem “espíritas, católicos, evangélicos, cada um na sua”, “por que eu também achava que na minha religião ali existia a verdade. Aprendemos a respeitar, sim, a religião do outro”. O respeito às diversas formas de religião e a convivência na associação são vistos como fatores positivos. Esta argumentação é também expandida para outros espaços, pois “isto é o cuidado em liberdade. É na religião, é em toda a parte que for”.

Percebe-se que o movimento – enquanto uma comunidade interpretativa – coloca-se permeável às diversas formas de conhecimento não buscando um discurso “verdadeiro” acerca da explicação do sofrimento mental. Podemos conceber este movimento como uma comunidade amiba (SANTOS, 2001) que aceita conviver com as diversas concepções acerca da loucura, incorporando as diferentes interpretações existentes em prol da acolhida do sofrimento.

Percebendo que o CAPS não é antimanicomial.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(U) Quando eu cheguei no PSF, eu não fui atendido pelo médico, só cheguei no acolhimento. Aí o pessoal do acolhimento não aceitou, falou que eu já estava usando um remédio e que não tinha como marcar para mim uma consulta. Aí eu não sabia que estava em crise, eu não vejo quando estou em crise, eu fico nervoso. Eu percebi por que eu estava ficando agitado, minha vontade era somente de suicidar, dar murros pelas paredes afora, dentro de casa, eu não conseguia ficar ouvindo minhas crianças falar, eu tava tomando nojo pela minha esposa. Então, eu fui para o acolhimento e não tinha jeito de marcar consulta por que eu já tinha passado pelo médico já tinha um mês, e ele tinha mudado o remédio; então eu não tinha direito a uma consulta.

(U) Em nosso município, o PSF não funciona bem. A gente chega ao PSF e para ser atendido, a gente tem de estar em estado de emergência, tem de estar muito mal. Eu acho que o posto tem de prevenir contra a doença. Não me mandaram pro CLIPS aí eu cheguei no CPLIS e não me quiseram atender, porque não tinha encaminhamento. Só depois que a associação me ajudou eu consegui ser atendido.

(F) Tem o atendimento do CLIPS que é de mês em mês. Pelo movimento, na nossa sede, a gente vê que o CLIPS não funciona bem, em geral só passa receita. Quando a pessoa tá em crise eles mandam internar em Belo Horizonte. O serviço não é antimanicomial.

(F) Faltou o medicamento que era fornecido pelo programa do governo (federal). Então, nós fizemos um pedido para a secretaria comprar enquanto o remédio não chegava. O secretário encaminhou o pedido ao serviço de saúde mental que negou o pedido e o profissional falou que eu só conseguiria por “outras vias”. Então, o secretário ficou me enrolando até que nós fizemos uma carta ao prefeito e ele autorizou a compra. Foi um absurdo tão grande, eles estavam negando mesmo conhecendo o meu caso, parece que era por que eles não acreditam nesses remédios e o pedido foi feito por um médico particular. Se não fosse a associação eu acharia que eles tinham razão, que eu não tinha esse direito.

(U) Eu vejo que os profissionais parecem que não se importam com a gente. Eles são frios. A gente tá sofrendo e eles não se incomodam. Na associação chegam pessoas que tem paciente quebrando tudo em casa e o CLIPS não vai atender. O SAMU também fala que é pro corpo de bombeiros ou para a polícia. O CLIPS diz que o caso é para o PSF. Ninguém assume nada.

Análise do DSC:

Os problemas que ocorrem na rede de saúde também são discutidos na associação onde são identificados inúmeros problemas. Como visto no DSC acima, o Programa de Saúde da Família, que é a porta de entrada dos serviços de saúde – é visto como um modelo que não funciona bem, já que para ser atendido “tem de estar em estado de emergência”.

O acolhimento em saúde mental das unidades básicas de saúde, por sua vez, não consegue dar respostas adequadas, pois não consegue identificar os “problemas” dos usuários e familiares de forma adequada. Com a hierarquização da rede assistencial, o acesso ao CAPS (CLIPS) fica dificultado e até mesmo impedido, pois, para ser atendido neste serviço, tem-se que estar devidamente encaminhado pela atenção básica.

A nova rede de assistência em Saúde Mental do município começou a ser reorganizada em outubro de 2002 e, posteriormente, com a implantação do PSF, buscou-se a capacitação dessas equipes para o atendimento às demandas de saúde mental no que tange ao primeiro atendimento, manutenção do tratamento e prevenção das crises agudas.

Em maio de 2004, com a implantação do CLIPS, manteve-se esse fluxo de atendimento sendo definido que só seria possível acessar o nível secundário (CLIPS) com o encaminhamento do PSF. Também foi mantido o Pronto Socorro como unidade de atendimento à crise para os casos de “agitação psicomotora intensa” e de “passagem ao ato com agressão e destrutividade”, incapazes de ser atendidos pelo CLIPS.

Segundo os entrevistados, esta organização da rede tem apresentado vários problemas já que o PSF tem tido dificuldades em realizar o primeiro atendimento em Saúde Mental de maneira resolutiva, bem como de reavaliar a terapêutica medicamentosa prescrita pelo CLIPS ou pelo Pronto Socorro. A Associação Loucos por Você buscou intermediar a solução desses problemas junto ao CLIPS, mas não encontrou ressonância nas suas reivindicações. O DSC apontou que este serviço é visto com fortes críticas, pois além de ignorar o movimento em diversas ocasiões, ainda encaminha os usuários para internações em hospitais psiquiátricos.

Deste modo, os profissionais são vistos como “frios”, já que não se importam com o sofrimento das pessoas nas situações mais difíceis, que é o momento das crises: “Na associação chegam pessoas que estão quebrando tudo em casa e o CLIPS não atende prontamente”. E conclui: “o CLIPS não vai atender. O SAMU também fala que é para o corpo de bombeiros ou para a polícia. O CLIPS diz que o caso é para o PSF. Ninguém assume nada”.

Os problemas identificados no DSC assinalam que as práticas dos serviços de Saúde do município de Ipatinga são orientadas apenas pelo saber técnico que não consegue, assim, resolver as demandas dos usuários e familiares. As normas de organização dos serviços não são reavaliadas com os atendidos, ficando, assim, tão rígidas como o próprio saber médico-psicológico, já que são sustentadas justamente por estes.

Como possível consequência desta situação que prescinde de um canal de comunicação entre os usuários/familiares para repensar a forma de organização do cuidado, pode-se constatar a existência de duas “comunidades interpretativas” que podem estabelecer fronteiras rígidas entre si, de amigo e inimigo, que poderão impedir colaborações futuras entre os dois atores. O antagonismo forte tende a constituir profissionais e gestores “manicomiais” de um lado *versus* usuários e familiares “antimanicomiais” de outro.

Podemos identificar que o modelo assistencial implantado em Ipatinga, apesar de apresentar alguns avanços, ainda permanece na lógica do paradigma dominante. Devidamente sustentado nos saberes médico e psicológico que não se colocam em franco diálogo com os usuários e familiares do movimento social.

O movimento antimanicomial, por sua postura ativa de luta pela melhoria da assistência no contexto local, necessitou de um espaço para a discussão dos problemas advindos dos cuidados oferecidos pelo novo programa de Saúde Mental. Afinal, foi esta luta que constituiu o campo antimanicomial no município, portanto, esta luta é um traço marcante da identidade coletiva deste movimento. Sem a construção de um canal que institucionalize este necessário diálogo, a associação tende a se colocar em oposição aos profissionais, processo este que poderá dificultar possíveis parcerias futuras entre estes atores. Outro problema é o próprio cuidado dos participantes do movimento na rede de saúde que poderá ser atingido diretamente com estas posturas autoritárias dos trabalhadores, visto que não serão tidos como parceiros na relação de ajuda.

A ajuda no projeto de reabilitação psicossocial.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) No projeto não tem isso de eu sou o “coitadinho” que está esperando ser ajudado e nem o “bonzinho” que está só ajudando. É muito bacana este papel de trocar ajuda. Isto eleva a auto-estima de todos.

É um espaço em que descobrimos coisas novas a cada dia. Descobrimos que ninguém tem um papel previamente definido, nós descobrimos que aprendemos uns com os outros. Mas ali é um lugar de descobrir formas de lidar com o adoecimento mental, um lugar de aprendizado.

(U) Então, é muito bom conviver ali e, às vezes, não tem uma oficina para fazer, mas tem um bate papo, uma troca de experiência. Então, é muito satisfatório e contribui para o nosso crescimento. E a cada dia a gente descobre coisas novas para melhorar a nossa qualidade de vida.

Tem gente que chega pedindo consulta, medicação. Mas lá não tem tratamento médico, ou achando que vai ser facilitado um atendimento médico. Não é esse o nosso objetivo. O nosso principal objetivo é promover a cidadania, é a luta pelos direitos, é a luta política. E também o convívio. É muito gostoso ver como as pessoas realmente gostam um do outro e se ajudam nas tarefas.

No projeto vai usuário e familiar. E também as pessoas da comunidade. Então, é lugar que não é taxado como um lugar do louco.

Análise do DSC:

O DSC aponta que o projeto de reabilitação representa um importante lugar de apoio solidário entre os participantes. A perspectiva da ajuda mútua é vista como forma de diminuir as hierarquias entre quem cuida e quem é cuidado, sendo explicitada quando se questiona os papéis de “coitadinho” (de quem recebe a ajuda) e de “bonzinho” (de quem oferece a ajuda). Coloca-se, assim, em oposição à filantropia clássica. Assim, o fato de ninguém ter um papel pré-definido é visto como importante, pois “descobrimos que aprendemos uns com os outros”. Esta representação do cuidado aponta para o questionamento das hierarquias fortes nas relações de ajuda, sendo um importante elemento para o estímulo de novas formas de relacionamento baseados na solidariedade entre iguais.

Surge também como um valor importante o diálogo. O objetivo do projeto não é somente a aprendizagem de habilidades manuais, para *fazer coisas*, pois se “não tem uma oficina para fazer, tem um bate-papo, uma troca de experiência”. Assim, o diálogo para troca de experiências aparece também como algo fundamental para a “melhoria da qualidade de vida”.

As demandas que aparecem no projeto como pedidos de consulta, de compra de remédios não são para serem atendidas pela entidade diretamente, já que o objetivo principal é

“promover a cidadania”, a “luta por direitos, é a luta política” e também o “convívio”, pois é “muito gostoso ver como as pessoas gostam um do outro e se ajudam nas tarefas”.

É importante destacar ainda o fato da ação *solidária* do grupo ser citada com um valor tão importante quanto a luta pela *cidadania*. O governo, assim, não é visto como um agente provedor de serviços integrais, nem o movimento social é visto apenas com o papel de reivindicar tais serviços. O movimento considera relevante desenvolver determinadas ações de solidariedade entre iguais, pois eles conhecem as demandas dos seus participantes e assim, as realizam de forma mais personalizada.

3.2.3 O ideário antimanicomial e suas expectativas

Ampliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) A nossa maior expectativa, no momento, é que o serviço seja um CAPS III, de atendimento 24 horas, por que o atendimento ainda é insuficiente. Mesmo no horário de funcionamento do serviço, as pessoas ainda estão sendo encaminhadas para o Pronto Socorro municipal, e o Pronto Socorro é superlotado, é um desconforto muito grande, tanto para quem acompanha, quanto para o paciente. E realmente, não tem atendido a nossa necessidade.

O movimento deve ensinar aos técnicos que é possível fazer saúde mental com boa vontade. O movimento tem de intervir mais, tem de haver mais discussão no serviço. Se ficarmos aqui fora criticando, as coisas não vão mudar. Temos que criar um relacionamento melhor entre o movimento e a equipe e mostrar que nós não somos inimigos, nós somos parceiros.

(U) Eu acho que a gente tem de chegar junto na secretaria (de saúde), porque se a gente já passou para os profissionais os problemas e a gente não vê o problema resolvido, eu acho que a gente tem de estar mostrando para o secretário onde estão os problemas porque nós é que sentimos na pele.

(F) Uma de nossas preocupações é de que não adianta fechar manicômios e abrir asilos. Eu acho que é reforçar uma forma de assistencialismo, esta forma é... asilar, esses lugares que aparecem que é um manicômio mais leve. Não está escrito manicômio na porta, mas é um lugar que a pessoa fica sem perspectiva nenhuma de promover a saúde mental.

Então, eu acho que um papel do movimento é intervir para que não se crie mais asilos, porque esta não é uma forma de remediar, é uma forma de excluir, é uma forma manicomial. Para as pessoas que perderam o vínculo familiar que se crie lares abrigados; que a família que realmente não pode cuidar, nem por isso a pessoa tem que ser condenada a viver para sempre confinada no asilo ou no hospital psiquiátrico. Então, nós temos que mostrar para as pessoas todas as saídas para que não permaneça esta forma manicomial.

Esperamos que a gente consiga mudar os profissionais, pois o que mais decepciona agente é que eles são presos a uma forma de trabalhar, a uma forma de atender, eles saem pouco da unidade, do CLIPS. Tudo tem de acontecer dentro do consultório e nós acreditamos que existe muita coisa além do consultório. Eu acho que o profissional pode participar mais, ele deve participar e tem muito a contribuir.

Eu acho que a gente tem de divulgar, chamar para as reuniões e discutir junto este problema: equipe, comunidade e o movimento. Participando das reuniões, expondo os problemas, discutindo junto com a comunidade.

Análise do DSC:

O movimento pretende lutar pela ampliação do horário de atendimento do CLIPS, pois há uma ausência de atendimento no período noturno e nos finais de semana. No entanto, também é colocado que o CLIPS, mesmo durante o dia, encaminha usuários para o Pronto Socorro. Assim, no DSC aparece a proposta de melhoria da atenção à crise como uma das lutas prioritárias do movimento.

Ainda referente à assistência, a postura dos profissionais é tematizada por não ser considerada compromissada e, assim, o “movimento deve ensinar aos técnicos que é possível fazer saúde mental com boa vontade”. A necessidade de uma discussão maior com a equipe de saúde mental é considerada importante, mas, para isso, é necessário criar um melhor relacionamento com a equipe, “para mostrar que *não somos inimigos*”.

A percepção da dificuldade de relação com os profissionais é levantada quando se considera que as críticas devem ser realizadas com cautela. Mas, existem fortes divergências quanto ao modo de organização dos serviços no que tange, principalmente, à rígida hierarquia da rede e ao funcionamento do CLIPS, cujos técnicos ainda permitem internações em hospitais psiquiátricos. Também é questionada a prática profissional centrada no consultório, constatando-se que os profissionais saem pouco dos serviços de saúde. Esta afirmação reforça pesquisa realizada por Venâncio (2000), em outro CAPS de Minas Gerais de que tais serviços

continuam repetindo o modelo clínico-individual do paradigma dominante, podendo, assim, restringir enormemente suas ações.

Desta forma, a rede ainda é caracterizada pelo movimento como tendo um funcionamento “manicomial” o que torna complexa a relação entre os técnicos e os usuários e familiares, pois, como ter um serviço manicomial – e, portanto, “inimigo” – ao mesmo tempo em que se tem de relacionar tanto para buscar tratamento como para buscar soluções para a assistência oferecida? Como garantir este diálogo se os embates levam a posições inconciliáveis? É importante considerar que os membros do movimento são atendidos pelos profissionais que são seus opositores no campo político e, portanto, tal situação poderá impedir completamente futuras relações terapêuticas.

Assim, instaura-se um desafio real que é a constituição de um espaço de interlocução capaz de garantir a explicitação de críticas sem que isso respingue da atenção dos profissionais aos membros da associação. Como observa Vasconcelos (1998), a cultura terapêutica na América Latina enfatiza o papel dos profissionais como organizadores do cuidado, “em detrimento de dispositivos mais horizontalizados”. Esta cultura terapêutica ressoa na organização do modelo assistencial local, provocando inúmeros conflitos.

Desta forma, percebe-se que a postura dos profissionais pode dificultar a consecução de uma proposta mais participativa na gestão do cuidado.

A ampliação dos direitos.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Porque existe ainda, por mais que a gente tenta divulgar a associação, por mais que a gente divulga que as pessoas têm direito ao tratamento, é tão difícil o acesso a ele que as pessoas sentem envergonhadas mesmo, desanimadas e ficam dentro de casa com o sofrimento. Os serviços têm que ser bem divulgados para elas terem esta opção. Que ele tenha o direito de optar pelo serviço público.

Eu espero mudar este modo manicomial de atender, essa forma de assistencialismo, não é resolvendo o probleminha, um aqui e de outro amanhã. Temos de lutar pela melhoria em geral, nós temos de lutar por políticas de que realmente atendam as nossas necessidades.

(U) Nossa luta não é só pelo atendimento à saúde, nos lutamos por outros direitos. A gente já participa do conselho de assistência social, grupo de direitos humanos. Quando a

gente luta para implantar uma cooperativa de geração de renda a gente esta lutando pela forma da pessoa ser valorizada respeitando o seu trabalho, o seu limite.

Análise do DSC:

A maior divulgação dos direitos de assistência nos serviços públicos de saúde é visto como uma necessidade, pois, diante das dificuldades no acesso, as pessoas ainda se sentem envergonhadas e desanimadas “ficando em casa com o sofrimento”. O movimento percebe que o constrangimento na hora de ser assistido faz a pessoa desanimar, não lutando pelos seus direitos e optando pelo atendimento particular. A busca da assistência privada é uma forma de evitar mais sofrimento promovido pelas dificuldades de acesso existentes no serviço público. O movimento enfatiza a luta pela construção do SUS, da assistência à saúde como um direito de cidadania.

Assim, percebe-se que o movimento quer influir no espaço doméstico por meio da ampla divulgação dos direitos já existentes na legislação, reforçando o *direito de cuidar em casa* como um direito forte tanto pela via do direito estatal como por novos direitos relacionais comunitaristas (direito à diferença).

O DSC revela que o movimento quer reverter uma situação de exclusão promovida pelo cuidado dos serviços, pois diante das dificuldades encontradas nos novos serviços abertos, as pessoas tendem a se isolar ou a buscar os serviços que já conhecem e se sentem seguros, os serviços assistencialistas, manicomial, conforme aponta Vianna (2002).

A ampliação da luta para além do setor saúde é também uma expectativa do movimento, pois o mesmo já participa do “conselho de assistência social” e do “grupo de direitos humanos”.

Novos projetos geridos pela associação

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

(F) Mesmo depois do CLIPS, as pessoas achavam que a gente ia pra lá ou que o nosso projeto ia acabar. Mas, acho que nós temos de continuar, porque nosso papel é diferente. Eu acho que nunca o serviço vai substituir a gente.

(U) A cooperativa é uma coisa que a gente não pode deixar morrer. Muitas pessoas da associação querem voltar a trabalhar, mas, não encontram trabalho. Aí, eu acho que a cooperativa é uma coisa que vai ajudar muita gente.

Análise do DSC:

A realização de projetos executados pela associação em parceria com o poder público é citada como uma coisa que é importante e que deve continuar. A experiência do projeto, iniciada em dezembro de 2002, possibilitou aos participantes do movimento experiências que reforçaram a capacidade dos usuários e familiares de executarem seus projetos. Assim, o convênio é uma experiência fortemente valorizada pelos participantes que não vêem a possibilidade da mesma ser substituída pelos serviços de Saúde Mental. No entanto, a possibilidade da *refilantropização* da assistência em saúde mental não pode ser descartada.

O projeto possibilita uma expansão acerca do espaço público não-estatal, na realização de ações de solidariedade pelos próprios assistidos que, com isso, ganham uma possibilidade de ter serviços mais condizentes com suas necessidades.

Esta expectativa acerca do papel a ser desenvolvido pelo movimento social – se mais político ou de realização de projetos em parceria com o poder público ainda é uma fonte de tensão entre as duas tendências do Movimento da Luta Antimanicomial. No I Encontro Nacional da “Rede Internúcleos”, ocorrido em 2004, esta questão não foi definida, conforme seu Relatório Final, ao passo que o antigo MNLA já demonstra uma posição favorável a realização de projetos geridos pelos próprios usuários e familiares (VASCONCELOS, 2004, p. 4).

No entanto, em relação às cooperativas, há um consenso sobre a sua gestão estar nas mãos dos usuários, estando os profissionais, geralmente, na posição de apoiadores ou assessores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo buscou-se investigar o processo de mobilização social desenvolvido pela Associação Loucos por Você em sua luta “*por uma sociedade sem manicômios*”. Adotou-se o pressuposto de que o processo de luta antimanicomial está inserido em um contexto mais amplo de crise epistemológica e societal, processo este denominado de “transição paradigmática” que traz um ambiente de incertezas e que desestabiliza as formas tradicionais do exercício do poder, do direito e do conhecimento (SANTOS, 2001).

Apesar da modernidade não ter cumprido as suas diversas promessas, o *Estado neoliberal*, o *Direito Estatal* e a *Ciência* se colocam como a única forma de referência de poder, de direito e de conhecimento, respectivamente. Agindo assim, restringem as possibilidades de construção de novas e inventivas saídas para os velhos impasses da modernidade (SANTOS, 2001).

Nesse contexto de incertezas, os NMSs criam um espaço no qual tornam visíveis os dilemas profundos que caracterizam a contemporaneidade (MELLUCI, 2001). Tal espaço torna público muitas das condições “invisíveis” de exclusão, condições estas produtoras de sofrimento ético político (SAWAIA, 1999) que ocorrem em diversos lugares contribuindo, deste modo, para ampliar a noção de política, de conhecimento e de direito.

No entanto, tais movimentos não estão imunes à adoção de posições também dominantes e retrógradas. Assim, fez-se necessário adotar um referencial crítico de análise que lançasse luz capaz de promover uma distinção entre paradigmas dominantes e paradigmas emergentes (SANTOS, 2001). Esta distinção buscou estabelecer um mapa crítico de esclarecimento que possibilitou vislumbrar possíveis rotas a serem seguidas, apontando uma direção emancipatória para o campo da Saúde Mental.

Utilizou-se como referência para a discussão epistemológica as contribuições de Santos (1999, 2001) que faz uma crítica ao *paradigma da ciência moderna* propondo um *paradigma crítico pós-moderno*. Segundo esse autor, é preciso romper com a separação entre ciência e senso comum promovida pela ciência moderna realizando a segunda ruptura epistemológica. Tal observação ajuda a revelar que o processo de teorização da Psiquiatria dominante se deu de maneira isolada do contexto social e com fundamentação na primeira ruptura epistemológica, necessitando, pois, rever seu arcabouço teórico à luz da segunda ruptura. Também se adotou a diferença entre a aplicação técnica, do paradigma dominante, e a aplicação edificante, do paradigma emergente.

Em seguida, discutiu-se a crise do paradigma da Psiquiatria centrado no paradigma biológico e asilar. Constatou-se que a crise do modelo assistencial vigente reflete uma crise do próprio paradigma da Psiquiatria que constituiu saberes e práticas competentes em relação à doença mental, criando fortes assimetrias de poder entre quem cuida e quem é cuidado. A característica mais marcante do paradigma dominante a influenciar a exclusão da loucura nas relações mais cotidianas (sejam dos profissionais da saúde geral, sejam dos familiares e da comunidade) é consequência de uma hiper-especialização promovida pela Psiquiatria. Edificando toda a sua teoria e técnica a partir do espaço asilar, transporta tais conhecimentos para os demais espaços sociais, conformando um tipo de cuidado universal e a-histórico.

Já o paradigma emergente no campo da Saúde Mental, por sua vez, busca construir concepções do processo saúde-doença e do sistema de cuidados estreitamente relacionados entre si, cuja discussão é marcada fundamentalmente pela política.

Em seguida, identificou-se que os NMSs cumprem um papel importante nesse momento de transição paradigmática - epistemológica e societal - visto que, ao politizar relações sociais geradoras de sofrimento ético-político, tensionam com os saberes e práticas estabelecidos, introduzindo a possibilidade da segunda ruptura epistemológica. Ao dar voz aos que sofrem no espaço público, os novos movimentos sociais buscam transformar por meio da ação coletiva, inúmeras formas de opressão antes tidas como naturais e necessárias (LACLAU & MOUFFE, 1985) nos diversos espaços da sociedade.

No contexto local investigado nesta pesquisa, tal processo de luta contra o paradigma da Psiquiatria significou uma busca de superação do sofrimento provocado por inúmeras relações sociais. Os serviços de saúde utilizados – tanto o hospital geral, quanto o hospital psiquiátrico, revelaram-se como produtores de vergonha, culpa e medo nos usuários e familiares. Tais sentimentos evidenciam um processo de exclusão social que individualiza o

sofrimento, não possibilitando o seu reconhecimento como produzido pela forma de cuidado ofertado, o que vem reforçar mais e mais o seu caráter privado, familiar e despolitizado.

A constituição do movimento antimanicomial no contexto local se deu através de um grupo aberto e heterogêneo que possibilitou a publicização de diversas modalidades de sofrimento vividos pelos seus participantes no âmbito privado. A acolhida desses sofrimentos com a reflexão acerca da sua historicidade, da causalidade externa de muitos destes sofrimentos, e a adoção da perspectiva antimanicomial foram fundamentais para o início da mobilização coletiva.

Em um primeiro momento, esta mobilização foi centrada na *militância política*. A luta se restringia à obtenção do CAPS, já que depois da sua conquista pensou que “poderia cruzar os braços” e ele “faria todo o serviço”. Mesmo com significativos avanços no espaço da cidadania promovidos por iniciativa do próprio governo local que instaurou inúmeros conselhos participativos, foram percebidas manipulações grosseiras, com práticas tradicionais e autoritárias sendo realizadas pelo governo com vistas a impedir a implantação do CAPS.

Diante da negativa do poder público em acatar a reivindicação do movimento, este busca ampliar seu leque de apoiadores realizando uma série de ações, tais como encontros, seminários e reuniões envolvendo gestores, profissionais, movimentos sociais, usuários e familiares para aprofundar a discussão acerca da política assistencial do sub-setor Saúde Mental. Com a ampliação dessas ações, principalmente voltadas à capacitação das pessoas numa perspectiva antimanicomial, o movimento obtém reconhecimento público e aprovação de sua luta pelos diversos seguimentos sociais.

Mas, a partir da divulgação de um novo modo de ver e tratar o sofrimento mental, uma série de novas demandas são dirigidas à Associação Loucos por Você, tais como: defesa de direitos dos usuários e familiares perante os serviços de saúde, luta contra o preconceito, apoio e suporte aos usuários e familiares e, até mesmo, acolhimento à crise. O movimento, então, volta-se também para o desenvolvimento de práticas *micropolíticas*, ampliando a cidadania para além da sua relação com o governo, politizando inúmeras relações tidas como geradoras de sofrimento nos espaços doméstico e comunitário. O movimento realiza, assim, diversas oficinas e visitas domiciliares que denotam que o grupo está “fazendo algo mais” do que somente reivindicar serviços frente ao Estado. Tais ações solidárias, segundo diversos autores (MELUCCI, 2001; SANTOS, 2001; GOHN, 1997), são importantes para a coesão e fortalecimento do movimento, sendo um importante elemento para a continuidade da luta.

Em determinado momento, diante da possibilidade de estabelecer um acordo com a prefeitura e das crescentes demandas de ações de apoio mútuo (oficinas, atividades de lazer) a

associação buscou negociar com o governo local a realização de um projeto a ser realizado em parceria. Esta proposta diminuiu a franca posição de *inimigo* que o governo tinha adotado, inaugurando um novo processo de mobilização, com mudanças importantes ocorrendo tanto nas relações externas quanto internas do movimento social.

Externamente, o movimento já não luta mais contra o *inimigo manicomial* encarnado pela prefeitura. A sua luta se expande para vários *manicômios* que podem estar em qualquer espaço, desde que se viole os direitos e que se exclua o usuário.

Internamente, o movimento tem que se adaptar ao fato de gerir de um convênio estabelecido com a prefeitura. A execução deste projeto faz com que o grupo se reúna, não mais semanalmente, mas diariamente, tanto com os seus próprios militantes, quanto com os novos usuários e familiares que agora são assistidos pelo projeto. Com isso, o movimento realizou seu projeto de inclusão social da loucura, mesmo tendo em vista um contexto comunitário adverso. Isto foi necessário *para que sua utopia não fosse desacreditada, sem ao menos ser experimentada* (SANTOS, 2001, p. 334). Afinal, um projeto “inimigo”, na ótica asilar, estava sendo realizado pelas entidades asilares do município e precisava ser combatido pela prática social. Nesse momento, então, o projeto assistencial ganhou forte conotação política e estratégica para a implantação do CAPS ao demonstrar a viabilidade da perspectiva antimanicomial.

Em nível nacional o Movimento da Luta Antimanicomial, a proposta de parceria com o governo para a execução de projetos ainda não foi aprofundada. A “RENILA” tendeu a centrar suas ações na militância política (VASCONCELOS, 2005), evitando executar parcerias no âmbito da assistência à saúde. No entanto, os líderes deste movimento que defendem tal posição não podem determinar uma postura aprioristicamente rígida quanto ao assunto, contrapondo-se a parcerias com o poder público na consecução de projetos dirigidos pelos próprios usuários e familiares, pois, como nos alerta Mellucci (2001), os movimentos sociais não são personagens que se movem com a unidade de fins que lhes é atribuída pelos ideólogos. A identidade dos movimentos é mutável, sendo construída em um processo composto de elementos internos ao movimento, mas também externos a ele. Sendo assim, a identidade do movimento deve ser fluída o suficiente para garantir o enfrentamento efetivo das oposições reais encontradas das diversas realidades locais.

Com a realização desse projeto pela associação, inicialmente, começa a ser demandado um atendimento também aos usuários em crise. No entanto, o movimento apesar de intermediar várias destas situações no seu cotidiano, não aceita este encargo e utiliza tal

demanda para reforçar a sua luta frente ao governo, explicitando a necessidade da implantação do CAPS municipal

Após cinco anos de luta o movimento conseguiu a implantação do Centro de Atenção Psicossocial. Contudo, a organização da assistência do município passou a ser motivo de inúmeras críticas do movimento devido à dificuldade de acesso ao novo serviço. A hierarquização da rede de saúde é vista como rígida demais, pois quando os usuários e familiares tentam acessar o CAPS em momentos de crise e são barrados na porta e encaminhados para a atenção básica ou para o pronto socorro municipal.

A implantação do CAPS iniciou uma nova fase do movimento momento, pois a luta da associação voltou-se contra os serviços e os profissionais são considerados “manicomiais”. Tal fato foi desencadeado pela equipe de saúde mental que assumiu a responsabilidade pelo planejamento e organização desta rede assistencial sem lavar em conta a voz dos usuários e familiares do movimento antimanicomial. No entanto, a construção deste modelo assistencial deveria ter considerado a participação dos usuários e familiares como um elemento central deste projeto, deveria pressupor que a “construção de uma sociedade onde os seus rumos se orientam pela ação coletiva e social dos diferentes grupos, organizados no âmbito da sociedade civil” (MERHY, CECILIO, NOGHEIRA FILHO, 1991, p. 84). Contrariando esta consideração, em nenhum momento o movimento social foi consultado sobre como desejava que fossem organizados os cuidados em saúde mental.

Pode-se concluir, então, que o pressuposto adotado pelos gestores e trabalhadores da saúde mental de Ipatinga foi de que este assunto é somente técnico, cabendo unicamente ao saber especializado *da clínica* a definição do modo de cuidar. Assim, conclui-se que o modelo técnico-assistencial implantado segue o paradigma dominante da Psiquiatria, pois, está sustentado na palavra do profissional, no seu saber científico e na sua aplicação técnica, em sua pretensa pureza e neutralidade (CAMPOS, 1992, p.92) que exclui tudo o que é considerado do senso comum, já que neste não há saber.

De outro modo, conceber a Saúde Mental diferente desta noção dominante, implica compreender a problemática da saúde e da doença, a sua utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que as usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação dos serviços de tratamento (SARACENO, 2001).

Diante desta postura tecnicista, a luta do movimento se volta para influenciar o processo de cuidado sob a sua ótica dos assistidos, sendo agora os profissionais seus potenciais opositores. Como se vê, a implantação de novos serviços em Saúde Mental não garantiu a superação do modelo excludente e autoritário da Psiquiatria. É preciso, ainda,

inserir os saberes tradicionalmente excluídos pela aplicação técnica da Psiquiatria na formulação de novos modelos de cuidado.

Podemos inferir que a dificuldade de mudar essa forma de organizar o cuidado reside na ausência de perspectiva pelos profissionais de que o senso comum possa contribuir com o seu modo técnico de agir. As demandas que contrariam as indicações técnicas tendem a ser interpretadas como fazendo parte de um jogo oculto, inconsciente, de manipulação promovida pela própria patologia individual do usuário ou do seu grupo familiar, sendo visível esta *parte oculta* somente pelos recursos teóricos do profissional. A assimetria desse poder estabelecido pelo *acesso ao oculto* promovido pela ciência deve ser relativizado, considerando-se a possibilidade do pedido ser o que é, explícito e verdadeiro no tocante a necessárias mudanças no modo de organizar o cuidado.

Por outro lado, a consideração do conhecimento de outros modos de cuidar deve ser garantida pelo conhecimento compartilhado entre os diversos atores envolvidos no cuidado. Daí que a Saúde Pública deve garantir a constituição de serviços mais estáveis e não ao sabor dos interesses momentâneos, ao mesmo tempo em que garante a constituição de um quadro de trabalhadores inseridos na comunidade local.

Em síntese, podemos afirmar que este processo de mobilização conformou um movimento com uma identidade coletiva permeável às necessidades concretas de sua luta, estando aberta às exigências diversas da conjuntura local. Inicialmente centrada somente na ação política frente ao governo local, expandiu estas ações para além da relação Estado/sociedade civil, ampliando a politização do sofrimento no espaço doméstico e comunitário.

No espaço doméstico, constatou-se que a busca de um tratamento “diferente” tanto pelos usuários como pelos familiares encontrou na luta antimanicomial um ideário mobilizador da ação política, pois agora deveria pressupor um “cuidado em liberdade”. Este novo modo de cuidar necessitou da participação ativa dos membros da família, que se envolveram na luta de maneira considerável. Apesar de intenso sofrimento vivido pelas famílias por anos com freqüente isolamento da comunidade, a participação no movimento contribuiu para que seus participantes se animassem e se tornassem mais permeáveis às trocas de saberes e de práticas de solidariedade com os vizinhos. Ao coletivizarem as relações vivenciadas no espaço doméstico, sentiram-se mais capazes de lutar contra o sofrimento, construindo coletivamente a noção do *direito doméstico de cuidar em liberdade*.

No espaço da comunidade, o processo de mobilização colaborou na constituição de vínculos de amizade que respeitaram as diferenças existentes entre os participantes, podendo

colaborar na construção de outra ética da amizade, não mais baseada na relação apenas entre iguais (ORTEGA, 2000). A necessidade de apoio diante de uma situação em que “não sabia mais o que fazer da vida” foi importante para a abertura pessoal dos envolvidos a formas mais tolerantes de se relacionar com os comportamentos diferentes, contribuindo para mudar a idéia de amizade somente “entre iguais”. A amizade pôde ser pensada como algo a ser compartilhado para além das comunidades rigidamente estabelecidas, como a religiosa, promovendo trocas importantes para a construção de uma cultura mais tolerante e inclusiva em relação à diferença humana.

A luta pelo respeito à diferença do movimento parece ser uma contribuição não apenas para a *alteridade radical* da loucura, mas para uma nova forma democrática de viver que respeite todas as diferenças humanas, construindo um novo direito relacional que transforme as comunidades excludentes em comunidade mais inclusivas.

No espaço da cidadania, o processo de mobilização do movimento antimanicomial desnudou a prática local de um novo clientelismo e autoritarismo no conselho municipal de saúde (OLIVEIRA, 2003)

Houve a necessidade do exercício de diversas estratégias políticas pelo movimento para o alcance de suas reivindicações que passaram ao largo deste mecanismo institucionalizado, dominado completamente pelo setor governamental. Os valores da igualdade e a da liberdade presentes no espaço da cidadania foram expandidos para o espaço doméstico e comunitário.

Já na relação com os profissionais e seu saber, no espaço mundial, pode-se perceber que as práticas profissionais começaram a ser questionadas, vistas não apenas como uma aplicação técnica prescrita por um saber superior, mas como algo passível de ser questionado por quem vive o problema e, portanto, sabe algo sobre ele e pode colaborar tanto quanto o profissional na organização do cuidado.

Assim, percebe-se que o movimento, ao buscar a melhoria da atenção em Saúde Mental encontrou diversas resistências que, como demonstradas, são partes indissociáveis dos paradigmas científico e societal dominantes e, enquanto tais, devem ser combatidos como parte um projeto antimanicomial.

Sem dúvida, a emancipação proposta pelo Movimento da Luta Antimanicomial pode ser expandida para toda a sociedade, na construção de novas sociabilidades mais abertas à trocas em relação a diferença humana radical.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. A. COELHO, M. T. A., PERES, M. F. O conceito de saúde mental IN: **Dossiê Psiquiatria e Saúde mental**. Revista da USP, nº 43, 1999, pp. 100-25, set.-nov./99.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BAREMBLITT, G. Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica de grupos na América Latina IN: __, **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BACHRACH, L. L. Asylum and chronically ill psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*, 141:975-978, 1984.

BAKER, F. e DOUGLAS, C. Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons, **Community Mental Health Journal**, 26, 199,p. 497-505.

BALUKAS, R., & BAKEN, J. W. (1985). Community resistance to development of group homes for people with mental retardation: **Rehabilitation Literature** Vol 46(7-8) Jul-Aug 1985, 194-197.

BIRMAN, J. **A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade**, 1998. Disponível em <http://psicopatologia.tripod.com.Br/posmoderno.htm>, acessado em 07/05/05.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

BIRMAN, J., & COSTA, J.F. (1994). Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Paulo Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, (pp. 41-71).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004; 4ª ed. rev. e atual., 1ªreimp.** - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

BUARQUE, C. **A revolução nas prioridades**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1994.

CAMPOS, G. S. C. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde IN: **Saúde em Debate**, nº 37, dezembro, 1992.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

CAPONI, S. **Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA/ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (orgs.), **Relatório de Inspeção: Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em prol dos Direitos Humanos**. Brasília: 2004.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Edições Graal; Rio de Janeiro 4^a ed. 1999.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DRAKE, M.E. Jr Jactation nocturna after head injury IN: **Neurology**, 387-868, 1986.

FALLOON, I.R.H. et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 306, n. 24, p. 1437-1440, 1982.

FERNANDES, M. I. A. Saúde mental: a clausura de um conceito IN: **Dossiê Psiquiatria e Saúde mental**. Revista da USP, nº 43, 1999, pp. 90-99, set.-nov./99.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

___, **Microfísica do poder**. 16^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

___, **O nascimento da clínica**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRESE, F.J. and DAVIS, W.W. **The consumer-survivor movement, recovery and consumers professionals**. IN: Professionals psychiatry, research and practice, 1997.

FUKUYAMA, F. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GENTIL, V. Por uma reforma mais psiquiátrica IN: **Jornal Mineiro de Psiquiatria**, ano VI - edição 15 - Belo Horizonte – MG, 2002.

GENTIL, V. . Uma Leitura Anotada do Projeto Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. **Revista USP**, USP, v. 43, p. 6-23, 1999.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5ª Edição – São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, M. G. Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

___, Movimentos e lutas sociais na história do Brasil. São Paulo: Loyola, 1995.

GRALNICK, A. Is there a continuing role for the mental hospital? **Int. J. Mental Health**, 18:3-11,1989/90.

GROB, G. N. **Psychiatry's Holy Grail: The Search for the Mechanism of Mental Diseases**. *Bull. Hist. Med.*,1998, 72: 189-219.

GUINSBERG, E. La salud mental en nuestros tiempos de Cólera, IN: RIVAS L. F., PIMENTEL, M. (orgs.) **El sujeto de la salud mental a fin de siglo**. México, universidad Autonoma Metropolitana, 1996.

HELLER, A. Teoría de los sentimientos. 3ª ed.. Madri: Editorial Fontamara S.A., 1979.

HELMANN I. D. et all., 1985 Organizational size and perceptions in a residential treatment program, *American journal of Community Psychology*, 13, 1985, p. 99-105. GOERING e col. 1990;

HODGINS S. et all Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults, **Community Mental Health Journal**, 26, 1990, p. 507-561.

IPATINGA. ESTATUTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO LOUCOS POR VOCÊ, 2003.

JONES, M. A. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KIESLER, C. A. e SILBULKIN, A. E. **Mental hospitalisation: myths and facts about a national crisis**, Sage, Newbury Park, California, 1987.

LACLAU, E. & MOUFFE, C **Hegemony & socialist strategy: towards radical democratic politics**. London: Verso, 1985.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**, Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2003.

___, **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M & ABOU-YD, M. A cidade e a loucura – entrelaces IN: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**, 1994.

LOUGON, M. e ANDRADE, M.S. **Os movimentos de usuários e trabalhadores em saúde mental: perspectiva histórica e internacional comparada**, IN: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 44 (10), 1995, pp. 515-518.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista** (1882). São Paulo: Martin Claret, 2003.

MACHADO, R. et alii, **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro. Graal, 1978.

MELUCCI, A. **A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1998. (dissertação de mestrado)

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2002.

MERHY, E. E. ,CECILIO, C. O. C. , NOGHEIRA FILHO, R.C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. IN: **Saúde em Debate**, nº 33, pp. 83-89, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

MORGADO, A. e LIMA L.A. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? IN: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44(11) 551-558, 1995.

MOUFFE, C. **O regresso do político**. Lisboa: Gradiva, 1996.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde IN: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.) **Programação em Saúde Hoje**, Revista Saúde em Debate, Hucitec, São Paulo, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde mental no mundo**, 2001: Saúde Mental, nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

OLIVEIRA, N. G. **Cultura Política como Determinante Histórico da Participação Social: o Conselho Municipal de Saúde de Ipatinga** (dissertação de mestrado), UERJ, 2003.

ORTEGA, F. **Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault**; Rio de Janeiro; Relume-Dumará, 2000.

PEREIRA, M. F. A participação dos usuários. IN: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.), **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

PASSOS, I. C. F. A questão da cidadania do louco IN: GUERRA, A. M. C. et al (org.) **Psicologia Social e Direitos Humanos**; Belo Horizonte; Edições do Campo Social, 2003.

PESSOTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo; Editora 34, 1999.

PIAGET, J. (org.) **Logique et Connaissance Scientifique**. Paris: Gallimard, 1967.

PINTO, C. R. **O sujeito insuficiente – a dupla face do esgotamento do sujeito político no fim do século XX**. IN: TAVARES DOS SANTOS, José Vicente (org.) **Violências no Tempo da Globalização**; São Paulo: Hucitec, 1999.

PRADO, M. A. M. Da mobilidade social à constituição da identidade política: reflexões em torno dos aspectos psicossociais das ações coletivas IN: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.8, n. 11, 2002, pp. 59-71.

___, M. A. M. A psicologia comunitária nas Américas: o individualismo, o comunitarismo e a exclusão do político IN: **Psicologia, Reflexão e Crítica**, 2002a, 15(1), pp. 201-210.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990.

___, **A experiência de desinstitucionalização italiana: o processo de Triste**. São Paulo, 1987.

SANTOS, B. S. e NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade IN: SANTOS, B. S (org.) **Reconhecer para Libertar: os Caminhos do Cosmopolitismo Multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**; 3ª. Edição - São Paulo: Cortez, 2001.

___, **Introdução a uma Ciência Pós-Moderna**, 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1999.

___, **Pela Mão de Alice: o Social e o Político na Pós-Modernidade**, 6ª Edição, São Paulo, Cortez, 1999a.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 2001.

SAWAIA, B. B. O Sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão IN: ___, (org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, Vozes, 1999.

___, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade IN: CAMPOS, R.H.F.C. **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**, Petrópolis, Vozes, 2002.

SILVA, M. V. O. O Movimento antimanicomial e o Movimento de Usuários IN: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.), **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**: São Paulo: Paulus, 2003.

___, **Tipologia e desafios dos dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo de saúde mental no Brasil recente**. Disponível em www.rubedo.psc.br/artigos, acessado em 24/01/05.

___, Reinventando a vida com ponto de vista próprio: reflexões comparativas sobre o movimento de usuários em saúde mental em países centrais, latino-americanos e no Brasil IN: **Revista Polêmica**, Belém: Conselho Regional de Serviço Social -CRESS, 1.a Região, no prelo, 1998.

VENÂNCIO, A. T. et all, A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira IN: **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2000, 20 (4), pp. 46-53.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição IN: AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

VIANNA, P. C. M. **A Reforma Psiquiátrica e as Associações de Familiares: Unidade e Oposição**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. (tese de doutorado)

WEINGARTEN, R. **O Movimento de Usuários em Saúde Mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda, suportes mútuos e militância**. Trad. de Eduardo Mourão Vasconcelos. Rio de Janeiro: Projeto Transversões - Instituto Franco Basaglia, 2001.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1 - O que motivou inicialmente você a participar do movimento antimanicomial?

2 – O que você acha da participação no movimento?

3 – Quais as suas expectativas em relação ao movimento?

PERFIL SOCIOECONÔMICO DO ENTREVISTADO

IDENTIFICAÇÃO:

Categoria: usuário ___ familiar ___

Idade: _____ anos

Sexo: M () F ()

Estado Civil: _____

Grau de instrução: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____

Local de residência: _____

Renda Familiar: R\$ _____

Habitação: () própria

() alugada

() outros citar: _____

Nº de moradores: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa sobre o movimento social da luta antimanicomial de Ipatinga e, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder um questionário e suas respostas serão gravadas. Não há riscos de sua participação em tais procedimentos. Será garantido o sigilo das informações pessoais, sendo somente divulgados os dados diretamente relacionados à pesquisa e sem qualquer identificação do participante. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar qualquer dúvida sobre sua participação.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Eu, _____, portador da CI n° _____, concordo em participar livremente da pesquisa acima descrita, estando totalmente informado sobre seus objetivos e riscos.

Assinatura do participante:

Contato com o pesquisador:

Nome: _____ Tel: _____

Endereço: _____