

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

NARRATIVAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E
CIDADANIA NO DISTRITO FEDERAL

Marcela Corrêa Martins Amaral

Brasília, maio de 2006.
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB.
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS.
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

NARRATIVAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E
CIDADANIA NO DISTRITO FEDERAL

Marcela Corrêa Martins Amaral

Dissertação apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de Brasília/UnB
como parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre.

Brasília, maio de 2006.
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB.
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS.

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

NARRATIVAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E
CIDADANIA NO DISTRITO FEDERAL

Marcela Corrêa Martins Amaral

Orientadora: Doutora Christiane Girard Ferreira Nunes (UnB)

Banca:
Prof.^a Dr.^a Lourdes Bandeira (SOL/UnB)
Prof. Dr. Mário Ângelo (SER/UnB)
Prof. Dr. Arthur Trindade Maranhão
(SOL/UnB – Suplente)

Brasília, 2006.

Dedico este trabalho a Guilherme Paiva de Carvalho e às pessoas que acreditaram e contribuíram para a sua concretização.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas e companheiros da turma de mestrado de 2004 do Departamento de Sociologia da UnB.

Sempre tivemos a impressão de que a nossa turma era especial e realmente foi, sobretudo pela amizade e pelo compromisso que tivemos uns com os outros, com os nossos professores e com a nossa pesquisa. Agradeço especialmente aos amigos Fernando Rodrigues, Gilberto Barral, Luciana Aguilar, Marcello Barra, Moacir Carvalho e Ticiane Ramos Nonato, que se tornou muito mais do que uma irmã, mas uma grande amiga escolhida pelo coração.

A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, Elisa e Elisinha do MPDFT, Eva Faleiros e todas as pessoas da INVERSO.

Aos professores do Departamento de Sociologia que me receberam e me ajudaram em muitos momentos a me encontrar como socióloga. Aos professores Carlos Benedito Martins e Pedro Demo e às professoras Astrid Berlindes, Fernanda Sobral, Lourdes Bandeira e Wivian Weller pelos importantes ensinamentos durante as aulas e fora delas.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação em Sociologia, Abílio, França e Evaldo, pela presteza, simpatia e o apoio dado a mim e aos meus colegas em importantes momentos do curso de mestrado.

Ao professor Brasilmar Ferreira Nunes, a quem tenho grande admiração, pela bela passagem na Coordenação da Pós-Graduação em Sociologia, pelo exemplo e pela amizade.

Ao professor Mário Ângelo pelas importantes contribuições dadas para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Arthur Trindade Maranhão, pela amizade e por ter aceitado participar da banca.

À professora Lourdes Bandeira, por ser um grande exemplo de mulher e intelectual, por toda a amizade, orientação e por aceitar participar da banca.

À professora e orientadora Christiane Girard, por toda sua delicadeza, sensibilidade, inteligência e tantas outras qualidades impossíveis de serem explicitadas nestas linhas. Obrigada pela paciência, pelo carinho, amizade e orientação nos momentos de maior insegurança de minha jornada.

Ao CnPQ pela concessão de bolsa para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos tios, Leiza e Dennis Mackay Dubugras, pelo apoio e auxílio nas escritas em inglês.

À tia e grande amiga Renata Corrêa Martins, uma grande e linda estudiosa das ciências biológicas, pelo amor e incentivo à carreira acadêmica.

Aos meus irmãos, Eduardo e Ricardo, pelo amor e pelo incentivo.

Aos meus pais, Katia Corrêa Martins Amaral e Marcos Augusto Amaral, sem os quais eu não teria conseguido trilhar os caminhos muitas vezes tortuosos da vida. Obrigada por todo amor, paciência e por acreditarem nos meus sonhos.

Por fim, agradeço infinitamente ao amado companheiro Guilherme Paiva de Carvalho, filósofo, músico, compositor e, mais recentemente, também sociólogo, por estar sempre presente mesmo quando eu parecia ausente e perdida nas minhas angústias. Agradeço por toda a ajuda no desenvolvimento deste trabalho (leituras, revisões e mais leituras), por despertar em mim a vocação intelectual e o desejo de, não apenas entender, mas mudar o mundo. Agradeço por todo amor e por ter sido, nos últimos cinco anos, amigo, irmão, companheiro e marido.

*Abram as portas do pátio
Queremos tomar Sol
Vestir uma roupa nova, sair pra comprar pão
Troquei minha camisa-de-força
Por um chapéu no brechó
Vou visitar amigos, talvez dançar forró
Não quero mais ser colocado pra voar
Quero entender os signos, quero significar [...]
Retire agora as grades desse grande hospital
Desligue a chave do eletrochoque
E vamos pegar a Nau dos Loucos [...]*

(Guilherme Paiva/Paulo Marcelo)

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de implementação das políticas de reforma psiquiátrica no Distrito Federal e o alcance das novas práticas de assistência à saúde mental sobre a cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais. Para desenvolvermos tal investigação, optamos por buscar os discursos dos profissionais que atuam nas seguintes instituições: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social, Hospital São Vicente de Paula e Instituto de Saúde Mental. Entender os movimentos pela desinstitucionalização da atenção à saúde mental no Distrito Federal torna-se relevante para compreender como os profissionais, que são agentes concretizadores da reforma local, percebem estas transformações, o que nos possibilita, ainda, conhecer suas representações sociais sobre a doença mental. A análise estende-se ao processo de exclusão social do qual as pessoas acometidas por transtornos mentais foram objeto, o estigma que se construiu sobre a loucura, bem como a sua institucionalização e as mudanças dos paradigmas que vêm redirecionando o atendimento psiquiátrico à saúde mental. Nesta perspectiva, buscamos demonstrar a relevância dos movimentos sociais em saúde no Brasil, sobretudo do movimento da luta antimanicomial, desde a década de 1970, para o redirecionamento das políticas de atenção à saúde mental. O trabalho pretende, ainda, analisar a Lei nº 10.216/01, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que trata do redirecionamento da psiquiatria e da proteção aos direitos dos portadores de transtornos mentais. O foco principal deste estudo é provocar uma reflexão sobre os avanços e os impasses da reforma psiquiátrica no DF e sobre o exercício de uma cidadania plena para as pessoas acometidas por transtornos mentais e nesse sentido, concluímos que pouco se avançou para desinstitucionalizar a assistência e criar serviços substitutivos ao modelo manicomial. Ademais, não existem iniciativas significativas que busquem reinserir as pessoas acometidas por transtornos mentais no convívio em sociedade, exceto pelas atividades desenvolvidas pela ONG INVERSO. Quanto à Lei nº 10.216, esta é percebida como um respaldo para a defesa e proteção dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, mas não teve influência significativa para que as políticas de reforma fossem implantadas no DF.

ABSTRACT

This research is intended to review the implementation process of the Federal District's public mental health policy and the impact these new support procedures had over individuals with such mental problems. In order to meet our objective we decided to go through speeches delivered by officials who work in the following institutions: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social, Hospital São Vicente de Paula e Instituto de Saúde Mental. Understanding the movement for the non-institutionalization of the focus on mental health in the Federal District becomes relevant to know how the professionals who are responsible for putting the local reform into effect perceived such changes. This also enabled us to know the social representations about mental health. This analysis also focused on the process of social exclusion involving individuals with mental problems, the stigma that surrounds madness as well as its unconstitutionality and the changes in the paradigms which have been redirecting the psychiatry service at the local level. With this in mind, we attempted to show the importance of social movements regarding health in Brazil mainly the movement anti-mad-house that since the 1970's seek to re-direct policies towards mental health. The objective of this work was also to review Law 10.216/0, known as "Law of Psychiatric Reform" which deals with the redirection of psychiatry and the protection of the rights of individuals with mental problems. The main intention of this study was to promote a reflection on the advances and impasses of the mental health reform developed by the Federal District and the fulfillment of a complete citizenship status for those who have mental problems. Our conclusion in this regard is that there was little advance to des-institutionalize the aid and to create alternative services to the mad-house model. In addition, there were no significant steps seeking to re-insert those individuals with mental problems into society except for the activities performed by NGO INVERSO. As to Law 10.216, it is seen as supporting the defense and protection of the rights of individuals with mental problems but with no significant influence for the policy reforms implemented in the Federal District.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1	Profissionais entrevistados por categoria profissional por instituição.....	44
Tabela 2	Tempo de trabalho dos profissionais por instituição.....	44
Tabela 3	Homens e mulheres entre os profissionais entrevistados, por categorias e por instituição.....	45
Tabela 4	Número de hospitais psiquiátricos no Brasil, públicos e privados, e número de leitos em hospitais entre 1971 e 1999.....	97
Gráfico 1	Evolução do nº de CAPS no Brasil segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (dados de agosto de 2055).....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCJR – Comissão de Constituição, Justiça e Redação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição da República Federativa do Brasil
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos
CJCC – Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COSAM – Coordenação de Saúde Mental
CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DF – Distrito Federal
DINSAN – Divisão Nacional de Saúde Mental
DIPAS – Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde
ECT – Eletroconvulsoterapia
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
HPAP – Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico
HSVP – Hospital São Vicente de Paula
INVERSO – Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
ISM – Instituto de Saúde Mental
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
MESP – Ministério da Educação e da Saúde
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MP – Ministério Público
MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NEPS – Núcleo de Estudo e Pesquisa
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PATM – Pessoas Acometidas por Transtornos Mentais

PROCIDADÃ – Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade

PRODIDE – Promotoria de Justiça de Defesa do Idoso e do Portador de Deficiência

PROEDUC – Promotoria de Justiça de Defesa da Educação

PRÓ-MULHER – Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Mulher

PROSUS – Promotoria de Defesa da Saúde

PRÓ-VIDA – Promotoria de Justiça Criminal da Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I	
1. A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	20
1.1 A pesquisa no Ministério Público do DF	21
1.2 A pesquisa na INVERSO	25
1.3 A pesquisa nas instituições psiquiátricas	28
<i>1.3.1 Hospital São Vicente de Paula</i>	29
<i>1.3.2 Instituto de Saúde Mental</i>	31
1.4 A construção teórica da pesquisa	34
1.5 Procedimentos metodológicos	40
<i>1.5.1 Considerações sobre as entrevistas</i>	43
<i>1.5.2 Perfil dos entrevistados</i>	44
1.6 Ética em pesquisa científica	46
CAPÍTULO II	
2. REFLEXÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL	52
2.1 Incursão no campo conceitual	52
<i>2.1.1 Sobre os transtornos mentais</i>	53
2.2 Contextualização histórica da loucura	55
<i>2.2.1 Do período medieval à Renascença</i>	57
<i>2.2.2 A Era da Razão e o Iluminismo</i>	60
2.3 A institucionalização da loucura	62

2.3.1 <i>Outras contribuições e críticas à psiquiatria</i>	68
2.3.2 <i>A institucionalização da loucura no Brasil</i>	73
2.4 A doença mental como objeto de estudo sociológico	78

CAPÍTULO III

3. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	82
3.1 Saúde, políticas e instituições no Brasil	83
3.1.1 <i>Políticas sociais e saúde pública</i>	87
3.2 Movimentos sociais e saúde	89
3.2.1 <i>O movimento sanitário e o SUS</i>	90
3.2.2 <i>Movimentos pela reforma psiquiátrica</i>	93
3.2.3 <i>O movimento da luta antimanicomial</i>	97
3.3 O Projeto de Lei nº 3.657 de 1989: trajetória e aprovação	103
3.3.1 <i>Outras políticas de reforma</i>	108
3.3.2 <i>Reforma psiquiátrica: dimensões e objetivos</i>	111
3.4 Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal	115
3.4.1 <i>Luta antimanicomial e legislação distrital</i>	119
3.4.2 <i>O caso da Clínica Planalto: o "último" manicômio</i>	122

CAPÍTULO IV

4. NARRATIVAS DE REFORMA PSIQUIÁTRIA E CIDADANIA NO DISTRITO FEDERAL	126
4.1 Dimensões de uma cidadania plena	127
4.2 Cidadania pela via do trabalho	134
4.2.1 <i>Experiências de uma oficina de geração de renda</i>	140
4.3 A perspectiva do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios	146
4.4 Narrativas dos profissionais de saúde mental	151

4.4.1	<i>Narrativas de psicólogos e terapeutas ocupacionais</i>	151
4.4.2	<i>A visão das psiquiatras</i>	156
4.4.3	<i>A percepção da enfermagem</i>	158
4.4.4	<i>Com a palavra: as assistentes sociais</i>	161
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
7.	ANEXOS	178

INTRODUÇÃO

“[...] as doenças mentais podem ser também consideradas como incidência sociológica na conduta dos indivíduos cuja história e constituição pessoais se dissociaram parcialmente do sistema simbólico do grupo, dele se alienando. [...] a saúde individual do espírito implica participação da vida social, como a recusa em prestar-se a essa participação (sempre em obediência às modalidades impostas) corresponde ao surgimento das perturbações mentais”.
Lévi Strauss

A presente pesquisa pretende analisar o processo de implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal a partir dos discursos de profissionais que atuam como agentes concretizadores de políticas de saúde mental em diferentes instituições locais, enfatizando, ainda, o período posterior à aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril, reconhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Meus estudos sobre a loucura, os transtornos mentais, reforma psiquiátrica e cidadania já tinham sido iniciados desde a graduação, mas foi a partir do ingresso no curso de mestrado em sociologia que ganharam maior aprofundamento, sobretudo no início do ano de 2005, quando pude me dedicar somente às questões referentes ao meu tema de pesquisa. O desafio maior era transformar a abordagem inicial que tinha acerca da temática, pautada numa visão ainda influenciada pelo curso de direito, em uma abordagem em que as mesmas questões fossem tratadas como objeto de estudo sociológico. Então, de que maneira a investigação sobre a cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais tornava-se interessante aos olhos da sociologia?

Ainda que a pesquisa seja interdisciplinar, é preciso confessar que tornar o objeto sociológico foi uma de minhas maiores preocupações ao longo desta trajetória, por isso leituras de autores que trataram de questões semelhantes como Goffman e Foucault foram muito importantes. Outros autores também foram de grande relevância, inclusive brasileiros, para demonstrar de que forma a doença mental pode ser objeto de estudo da sociologia, além das longas conversas com a orientadora, que sempre acalmavam e afastavam a insegurança com relação aos rumos do trabalho.

O debate acerca do redirecionamento da assistência psiquiatria brasileira remonta às décadas de 1960 e 1970, quando os trabalhadores de instituições psiquiátricas se

mobilizaram em função das más condições de trabalho e de assistências às pessoas acometidas por transtornos mentais. Tal mobilização deu origem ao então denominado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, integrado por profissionais, familiares e usuários da assistência psiquiátrica, que, desde então, protagoniza o processo de luta pela desinstitucionalização e humanização dos serviços em saúde mental, assim como pelos direitos e pela cidadania dos usuários.

O movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil está intimamente atrelado ao movimento pela reforma sanitária e pela redemocratização do país, de modo que, além de suas propostas específicas para o atendimento em saúde mental, insere-se no contexto das propostas de universalização, humanização e equidade que nortearam a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS.

Nesta perspectiva, desde a década de 1980 vários estados brasileiros vem remodelando as diretrizes que norteiam a atenção à saúde mental, com vistas à adequação aos princípios da reforma psiquiátrica, que visam, entre outras coisas, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de uma rede extra-hospitalar e de serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico. Da mesma forma, as orientações de âmbito federal também vem sendo constituídas no sentido da desinstitucionalização e, assim, desde meados da década de 1990 foram aprovadas portarias, decretos e ações com o intuito de romper com o modelo tradicional de assistência psiquiátrica, culminando com a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001.

Ressaltamos, no entanto, que a desinstitucionalização proposta pelo movimento da luta antimanicomial não se limita ao fechamento dos manicômios e à criação de serviços alternativos, mas pretende desconstruir o paradigma da exclusão e segregação social que se institucionalizou sobre a loucura e a doença mental. Neste sentido, desinstitucionalizar é transformar as relações de poder que residem nas instituições e excluir as noções de incapacidade, irrecuperabilidade e periculosidade que se sobrepõem às pessoas acometidas por transtornos mentais. Devemos acrescentar, ainda, que deste processo participam não somente profissionais, gestores e médicos, mas os próprios usuários da assistência psiquiátrica que devem atuar como sujeitos de suas próprias histórias, de modo que o acesso aos serviços sejam garantidos, mas também os seus direitos sejam resgatados. Desta forma, pretende-se reconstruir as relações de cidadania e pertencimento entre o usuário e sociedade, bem como as representações sociais sobre a loucura e a doença mental.

Diante do exposto, nossa principal questão reside em conhecer o processo de implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal a partir das narrativas de profissionais de instituições que estão inseridas no processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica local, visando, com isso, refletir sobre a cidadania das PATM a partir da aprovação da Lei nº 10.216 em 2001.

Para tanto, escolhemos duas instituições psiquiátricas públicas, Instituto de Saúde Mental e Hospital São Vicente de Paula, uma ONG, a Inverso (Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social), e o MPDFT (Ministério Público do Distrito federal), onde realizamos nossa pesquisa de campo. Portanto, nossa pesquisa buscou, ainda, perceber como tais instituições se articularam em virtude do processo de implementação da reforma e como absorveram as políticas de saúde mental advindas do ideal de desinstitucionalização.

Infere-se, portanto, a relevância do tema a ser tratado, tendo em vista que na história das sociedades ocidentais a doença mental e a loucura sempre estiveram na contramão da razão, que, em seu sentido moderno, é condição de cidadania e de reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito titular de direitos. Na medida em que surge uma mobilização social com vistas à mudança de tal significação e que o Estado oferece o reconhecimento formal das PATM como cidadãs, entendemos que estamos diante de um processo de transformação das representações da loucura e da doença mental na sociedade.

Com o intuito de responder aos questionamentos apresentados, dividimos o desenvolvimento deste trabalho em quatro capítulos: o primeiro descreve o modo como construímos a pesquisa, com relatos etnográficos de nossa inserção do campo e das instituições pesquisadas, tratando, ainda, da construção teórica e dos procedimentos metodológicos da pesquisa; no segundo capítulo apresentamos uma problematização do conceito de doença mental e a contextualização histórica da loucura e de suas representações nas sociedades; o terceiro também traz uma abordagem histórica das políticas de saúde no Brasil e das contribuições do movimento da luta antimanicomial para a transformação da assistência psiquiátrica e para a proposição do projeto de lei que deu origem à Lei da Reforma Psiquiátrica. Ainda no terceiro capítulo, adentramos no contexto específico da assistência psiquiátrica no Distrito Federal, procurando compreender e demonstrar a realidade da saúde mental local. No quarto e último capítulo, nos detemos exclusivamente às narrativas dos profissionais entrevistados, para conhecer suas percepções sobre a reforma psiquiátrica no DF e a cidadania das PATM.

Por fim, nas considerações finais, refletimos comparativamente acerca das narrativas dos profissionais e da realidade da assistência em saúde mental que conhecemos *in loco*, para pensarmos na reforma psiquiátrica no DF e no alcance das propostas de mudança sobre a cidadania das PATM. Ao conhecer o conjunto de elementos que compõem o quadro da saúde mental no Distrito Federal, buscamos contribuir com os debates multidisciplinares acerca da doença mental e da formulação de novas políticas de saúde dimensionadas sob os princípios da democracia que fundamentam o Sistema Único de Saúde no Brasil.

CAPÍTULO I

1. CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

“Se o sociólogo consegue produzir alguma verdade, não é apesar de seu interesse em produzir esta verdade, mas por causa de seu interesse – o que é exatamente o contrário do discurso um tanto imbecilizante sobre a ‘neutralidade’. [...] Em suma, não existe imaculada concepção; não haveria muitas verdades científicas se tivéssemos que condenar esta ou aquela descoberta sob o pretexto de que as intenções ou os procedimentos dos descobridores não eram muitos puros”.
Pierre Bourdieu

O desenvolvimento da presente pesquisa se divide em duas partes, sendo a primeira delas baseada na observação do cotidiano da ONG em saúde mental INVERSO (Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social) e da PROSUS (Promotoria de Defesa da Saúde do MPDFT). Na segunda parte, passamos a conhecer duas instituições psiquiátricas públicas do Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paula – HSVP e o Instituto de Saúde Mental – ISM. Também foi neste segundo momento que realizamos as entrevistas com os profissionais de todas as instituições mencionadas.

A percepção da pesquisa dividida nas partes supra citadas deve-se à iniciativa tomada a partir da qualificação do projeto de mestrado, quando, inspirada nas orientações dos membros da banca, mudei o direcionamento da coleta de dados e da pesquisa em si. Inicialmente, pretendia trabalhar, além dos discursos dos profissionais e dos familiares, partindo dos discursos dos usuários que estavam integrados às atividades da INVERSO. A escolha pelos usuários da INVERSO fundamentava-se na hipótese de que uma vez integrados às atividades da ONG, aproximados do movimento social e de iniciativas de geração de renda e capacitação profissional, estariam participando de um processo de construção de cidadania e, por isso, aptos a falar sobre isso.

Com o novo direcionamento, escolhi trabalhar apenas com os discursos dos profissionais, mantendo, como na proposta inicial, os representantes do MPDFT e da INVERSO. Entretanto, entendi que trazer apenas os discursos dos profissionais da INVERSO

enquanto representantes do atendimento à saúde mental, seria uma escolha limitada por se tratarem de pessoas significativamente engajadas com a causa manicomial e com uma percepção demasiado semelhante acerca da reforma psiquiátrica e da cidadania das PATM¹. E tendo em vista a intenção de mostrar a implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal, assim como o alcance dessas práticas sobre a construção da cidadania das PATM, optei por buscar também os discursos dos profissionais atuantes em instituições psiquiátricas locais.

Para escolher as instituições psiquiátricas utilizei como critério inicial a referência do atendimento e o tempo de existência, chegando, assim, ao Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e ao Instituto de Saúde Mental (ISM)². Ambas as instituições compõem a rede pública de saúde do Distrito Federal e, por isso, tornou-se condição para realização da pesquisa a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES/DF). Somente mediante a aprovação do CEP é que eu poderia ter acesso aos profissionais, sendo necessário dessa forma um novo esforço na elaboração de um projeto em conformidade com as orientações do CEP, entre outras providências³.

1.1 A pesquisa no Ministério Público do DF

O Ministério Público enquanto instituição a ser pesquisada tornou-se relevante para a investigação por duas razões: uma, por ser, constitucionalmente, a instituição que tem por atribuição a defesa e a garantia da cidadania; outra, por ter recebido a responsabilidade de fiscalizar as internações psiquiátricas a partir da aprovação da Lei nº 10.216 em abril de 2001. Sendo assim, em julho de 2005, foi iniciado o trabalho de observação do cotidiano da

¹ A qualificação do projeto foi no mês de setembro de 2005, quando eu já estava observando as oficinas de geração de renda da INVERSO há cerca de três meses, por isso já conhecia o perfil dos profissionais.

² Neste primeiro momento, pensamos ainda em incluir uma outra instituição da rede privada, a Clínica ANANKÊ, para não nos limitarmos aos discursos de profissionais da rede pública. Seria interessante, ainda, para trazermos uma perspectiva comparativa entre o contexto público e privado, e, neste último, traçarmos uma segunda linha comparativa entre a ONG e a clínica de atendimento à saúde mental. No entanto, em função da longa espera pela resposta do CEP e da preocupação em cumprir os prazos de defesa da dissertação, optei por excluir a citada clínica, o que não considero uma perda significativa, já que dentro de nossa amostra há profissionais que também integraram o seu quadro.

³ Mais adiante, pretendo reservar um espaço para o registro de minhas considerações acerca da submissão do projeto ao CEP, o que é de grande relevância, mas pode se tornar cansativo e desanimador em função de exigências burocráticas as quais temos que nos submeter.

PROSUS, promotoria encarregada de tratar das questões relativas às internações psiquiátricas no Distrito Federal⁴.

A idéia inicial era acompanhar as atividades do Núcleo de Saúde Mental da PROSUS, que seria o setor específico de cuidados relativos às internações psiquiátricas. No entanto, foi uma surpresa descobrir que o citado “núcleo” nunca teria existido oficialmente dentro da estrutura hierárquica do MPDFT. Havia anteriormente o interesse em se constituir o núcleo oficialmente, tanto que enquanto estagiária fiz parte do quadro que era integrado por um estagiário da área de psicologia, uma psicóloga e uma médica psiquiatra. Mas tal quadro foi desfeito, permanecendo apenas a psicóloga e uma estagiária da mesma área, que continuavam trabalhando com as mesmas questões – atendendo, fazendo visitas às instituições psiquiátricas, controlando as internações, entre outras atividades – mas sem estarem vinculadas a um núcleo específico.

A partir do primeiro contato com a promotoria, passei a acompanhá-las uma vez por semana, sendo que algumas vezes permanecia apenas observando o trabalho referente ao atendimento em saúde mental e ao controle do recebimento dos documentos acerca da internação, e em algumas situações saíamos para visitar algumas instituições. Como nem sempre havia atendimento e nem visita, passei também a acompanhar dois casos específicos de pacientes internados em instituições do DF. Esta parte da pesquisa deu-se no período de julho a dezembro de 2005.

Já ao final da observação na PROSUS, parti para a segunda parte da pesquisa no MPDFT como um todo. Fundamentando-me na primeira parte do trabalho, foram selecionadas algumas promotorias que mantêm um nível de diálogo mais aproximado com a PROSUS e com questões relacionadas à defesa das pessoas acometidas por transtornos mentais, a saber: Promotoria de Justiça de Defesa da Comunidade – PROCIDADÃ; Promotoria de Justiça de Defesa da Educação – PROEDUC; Promotoria de Justiça de Defesa do Idoso e do Portador de Deficiência – PRODIDE; Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Mulher – PRÓ-MULHER; Promotoria de Justiça de Entorpecentes; Promotoria Especial Criminal; Promotoria de Justiça Criminal da Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – PRÓ-VIDA; Promotoria de Justiça de Família.

⁴ A aproximação com a promotoria foi simples e tranqüila, uma vez que durante a graduação eu já havia sido estagiária e voluntária do seu quadro.

Todas as promotorias foram contatadas, inclusive a PROSUS, por meio de cartas endereçadas aos seus respectivos promotores e entregue em mãos às suas assessorias. Após esse primeiro contato, foi feito um segundo, via telefone ou e-mail, com as promotorias que não retornaram. Mesmo com todos os esforços, nem todos os promotores atenderam ao convite e as entrevistas foram feitas com promotores das seguintes promotorias: PROVIDA, PRODIDE, Promotoria de Família e Promotoria Especial Criminal. Apesar das perdas, sobretudo da PROSUS, considero que estas são as promotorias mais relevantes para nossa questão, por lidarem constantemente com questões relacionadas à nossa temática.

Por outro lado, admito que talvez a amostra na instituição MPDFT não seja representativa no que concerne à percepção de todos os seus membros acerca da reforma psiquiátrica no DF e da cidadania das PATM, uma vez que todas as promotorias onde foram realizadas as entrevistas lidam, direta ou indiretamente, com questões relacionadas à saúde mental. No entanto, não sendo nosso objeto de estudo medir o conhecimento dos promotores sobre as referidas questões, a recusa das demais promotorias em participar não invalida nossa pesquisa.

A rotina de trabalho do “núcleo de saúde mental” da PROSUS, ainda que não seja um núcleo constituído e direcionado ao atendimento das PATM, nos pareceu muito engajado com a questão da reforma psiquiátrica no DF. Basicamente, o trabalho é dividido em três partes: o atendimento, realizado na própria sede da PROSUS; o recebimento dos comunicados de internações das instituições psiquiátricas do DF; e, as visitas freqüentes às instituições e a pacientes internados.

Os atendimentos individuais que acontecem na Promotoria não são tão freqüentes e nem sempre os pacientes são PATM, já que não se trata de um setor específico para tal. Ademais, na mesma sala com a psicóloga estão uma estagiária, um médico e uma técnica administrativa, o que, quando pudemos acompanhar, torna-se um obstáculo ao atendimento, não só pelos aspectos físicos da própria sala e a dificuldade de uma boa acomodação, como também pela falta de privacidade para que possam relatar suas questões. Como pudemos observar, esta é uma situação incômoda não só para os pacientes que procuram atendimento na Promotoria, como também para os próprios funcionários.

As motivações dos atendimentos variam entre pedidos de medicação, auxílio para a consecução de atendimento hospitalar, internação ou cirurgia e também denúncias. Quanto às

denúncias referem-se a mau atendimento em instituições de saúde, falta de medicação e, eventualmente, questões mais íntimas como um caso que conhecemos de denúncia de pessoa da própria família que relata situações de maus tratos por parte de curador de PATM interdita⁵. Nestes casos, a equipe da Promotoria procurar verificar os fatos, procurar o paciente e o restante da família para resolver a situação e, se for o caso, destituir o curador.

No que concerne às visitas às instituições de saúde, foi possível acompanhar a equipe em algumas ocasiões. Há visitas que não precedem denúncias e/ou situações específicas, outras são precedidas por denúncias de tratamento inadequado ou têm como objetivo verificar o quadro de um paciente específico. Como já nos referimos, ao Ministério Público cabe fiscalizar as internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias, sendo assim, recebem os comunicados de internações que são lançados em um sistema de controle onde é possível conhecer o histórico de cada paciente. Portanto, se a equipe toma conhecimento de qualquer situação diferenciada acerca de um paciente, procura, em seguida, checar pessoalmente na instituição.

A chegada do Ministério Público às instituições geralmente é recebida com uma dose de receio e preocupação no contexto institucional. O histórico de sua atuação no fechamento de clínicas e na fiscalização das instituições é um dos motivos para a preocupação. Por outro lado, também há situações em que uma visita é percebida como a grande oportunidade de dialogar com a esfera pública, de expor questões internas que não são passíveis de resolução sem um apoio governamental. Já que o Ministério Público tem o poder de propor uma ação de “obrigação de fazer” às entidades governamentais, algumas vezes esta se torna a via possível.

É preciso, ainda, destacar a relação da equipe da PROSUS com o movimento social em saúde mental no DF e a visão de seus integrantes acerca do transtorno mental e da importância da política de desospitalização. Enquanto estávamos acompanhando a equipe presenciamos,

⁵ A curatela está prevista no Código Civil, no art. 1.767 e refere-se à prática de assistência às pessoas maiores de idade e que são interditas por serem considerados incapazes. Trata-se de encargo determinado a uma pessoa – curador – que passa a representar o sujeito interdito para os atos da vida civil e na administração de seus bens. Pronunciada a curatela, o curador passa a ser responsável por garantir ao interdito acesso à educação, condições humanas de tratamento e de convívio social. A interdição é considerada uma medida de proteção e cuidado para com a pessoa acometida por transtornos mentais. Para tanto, a ação de interdição só deve ser promovida quando a pessoa perde a sua capacidade de administração de bens e de sua própria vida, visando, assim, proteger tanto a pessoa que esteja nestas condições, como o seu patrimônio. Nos casos de abuso da curatela, cabe ao Ministério Público ou a quem tenha o legítimo interesse requerer a remoção do curador (art. 1.194, Código de Processo Civil).

inúmeras vezes, o diálogo entre a Promotoria e a INVERSO, por exemplo, sempre no sentido de contribuir para a implementação da reforma psiquiátrica no DF. Mesmo depois, quando estávamos em outros espaços institucionais, em reuniões e eventos específicos encontrávamos os representantes da Promotoria participando não como agentes fiscalizadores, mas como atores no cenário da implementação da política de saúde mental no DF.

1.2 A pesquisa na INVERSO

Já há alguns anos que eu conhecia a INVERSO, mesmo não tendo participado efetivamente de nenhuma atividade, exceto algumas visitas em datas comemorativas. O primeiro contato para que eu pudesse vir a freqüentá-la foi feito através da Prof^a. Eva Faleiros, que é uma das fundadoras da ONG e, atualmente, é também sua Diretora. O combinado, inicialmente, era que eu pudesse observar a oficina de artesanato, que acontecia duas vezes por semana.

A ONG em saúde mental INVERSO (Instituto de Convivência e Recreação do Espaço Social), hoje conveniada ao Ministério da Saúde, foi fundada em março de 2001 por estudantes de psicologia da UnB e com o apoio de profissionais da área de saúde mental. A idéia da criação da INVERSO surgiu como uma opção para um grupo de estudantes que à época integrava uma turma de residência em instituição psiquiátrica do DF, mas que com a mudança de representantes do governo local e a conseqüente mudança no caráter da residência e das próprias instituições, concluíram que era necessário a criação de um novo espaço para o trabalho que pretendiam desenvolver⁶.

Segundo uma das profissionais da INVERSO que entrevistamos e que é uma das fundadoras da ONG, a INVERSO foi uma conseqüência da residência em saúde mental, pois, desde então os estudantes começaram a perceber a limitação das instituições psiquiátricas do DF “no que diz respeito à inclusão social, ao exercício mesmo da isonomia das pessoas e da cidadania”.

⁶ A residência em saúde mental a qual nos referimos foi iniciada no final do último governo do PT no Distrito Federal e com a mudança no governo o direcionamento da residência foi alterado, o quadro de professores e profissionais envolvidos foi renovado, dando causa à desistência dos estudantes em dar continuidade.

E aí quando eu saí da residência, a gente ficou juntando um pouco a nossa insatisfação com as instituições aqui do DF, que tem até hoje, e com essa percepção que a gente teve que as pessoas de modo geral têm um interesse pela loucura, têm interesse pelo que acontece dentro do hospital, só que ainda têm muito medo, então a gente pensou em alguma coisa que pudesse estar trazendo essa questão à tona. Aí a gente pensou em montar uma associação, um café, uma oficina. A gente pensou em várias coisas, até ir aprimorando a idéia e chegar na idéia de uma ONG, uma ONG de saúde mental (trecho de entrevista – PS1).

A INVERSO foi fundada em 08 de março de 2001, no Dia da Mulher. Aliás, hoje há apenas mulheres trabalhando na ONG, mas isso não se deve ao acaso, o movimento da luta antimanicomial como um todo, sempre esteve engajado com outras questões sociais, inclusive com a das mulheres. Ainda no que se diz respeito à data da criação da ONG, é necessário frisarmos que 2001 foi o ano da aprovação da Lei nº 10.216 e, assim, os seus primeiros meses foram de grande articulação com o MNLA. Os estudantes que fundaram a INVERSO, por sua vez, eram muito ligados ao Movimento que tinha em Brasília o seu núcleo representado pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF e por isso a criação da ONG torna-se um marco para o processo de implementação da reforma psiquiátrica em Brasília, que já estava em andamento desde meados da década de 1990.

O espaço da ONG funciona na quadra 408 norte, no subsolo de um prédio comercial em uma sala relativamente grande. Há uma grande mesa de reuniões, uma pequena cozinha e uma ante-sala com uma mesa menor e um sofá. Existe ainda uma divisão onde está a sala de informática com dois computadores, os arquivos e a biblioteca.

Ao chegar para a primeira visita, todos os participantes estavam ao redor da mesa central trabalhando nos colares de papel reciclado. Me apresentei e perguntei pela Prof^a. Eva, que não estava, por isso, fui recebida por uma das psicólogas que acompanhavam a oficina. Esta apressou-se em dizer que todos tinham que participar das atividades e me convidou para sentar à mesa e fazer os colares junto com os outros. Desde então, passei a produzir colares todas as segundas e quintas à tarde, o que me impediu de fazer um registro direto das informações que me interessavam, já que tinha as mãos ocupadas com afazeres da oficina⁷.

⁷ Afora isso, o registro imediato no diário de campo na presença dos participantes da oficina poderia causar algum constrangimento ou inibição.

Logo nos primeiros minutos, mesmo eu tendo me apresentando anteriormente, um usuário⁸ perguntou novamente porque eu estava ali com eles. Senti que a minha presença gerava uma dose de curiosidade que era compartilhada por todos, então respondi que era pesquisadora e que me interessava pela questão da cidadania das PATM a partir da reforma psiquiátrica no DF. Neste momento todos pararam para ouvir atentamente o que eu dizia e no transcorrer dos dias percebi que por não ser psicóloga, psiquiatra ou de uma área específica da saúde, o diálogo com os usuários ia ficando cada vez mais aberto e interessante. Ao final desta primeira fala, uma familiar acompanhante disse que quase nada tinha mudado com a reforma em Brasília, que tudo continuava “praticamente, na mesma”.

Apesar da opinião exposta acerca da reforma, tentei falar o menos possível e ouvir o máximo possível. A dinâmica da oficina é bem interessante e informal, todos trabalham na feitura dos colares, na preparação dos materiais e também conversam bastante. Neste primeiro dia, além das psicólogas e da familiar, seis usuários participavam das atividades, sendo apenas uma mulher, uma senhora de idade. Todos os usuários presentes no primeiro dia são freqüentadores assíduos da oficina de colares, havendo, ainda, participantes ocasionais que ao longo dos meses apareciam e desapareciam.

Acompanhar esta oficina foi muito relevante para a pesquisa, pois, ainda que num primeiro momento minha intenção fosse, a partir dali, selecionar usuários que pudessem participar como sujeitos da pesquisa, o cotidiano daquela atividade tornou-se fundamental para conhecermos os discursos de cidadania dos usuários, ainda que não perguntasse nada a eles. E não apenas sobre cidadania, que perpassavam o sentido da utilidade, de ter um trabalho, mas como percebiam a medicina, a doença, os psicólogos, as suas vidas e o cotidiano atual da sociedade. Naquele espaço não se falava apenas de terapia, de cura, de crise e coisas do gênero, mas também da atualidade, dos acontecimentos, de política, economia, religião, enfim, conversas “normais”.

O espaço da ONG em si tem diversas configurações, diferentes faces, algumas vezes se apresenta como espaço terapêutico, de tratamento propriamente, mas na maior parte do tempo aparece como espaço de socialização, de troca de idéias e de reconstrução de um sentido para a vida daqueles usuários. Neste meio tempo, pude acompanhar usuários que, através da venda

⁸ O termo usuário quer dizer que a pessoa utiliza os serviços de atenção à saúde mental e é freqüente na fala dos profissionais.

dos produtos da oficina, passaram a poder contribuir com o fundo da ONG, a praticar esportes, a fazer compras no supermercado, a conversar com as pessoas do comércio, a escrever artigos, entre outras coisas. Obviamente, em outros momentos pude conhecer a luta das mesmas pessoas para superar uma crise, um surto, um vício, uma internação ou uma paranóia.

Ao longo do tempo acompanhei, ainda, mesmo que superficialmente, outras atividades da ONG como a oficina de produção do jornal CabeSã, a oficina de informática e as aulas de inglês. Os participantes são praticamente os mesmos da oficina de artesanato, há poucas variações, sendo esta a mais freqüentada e a que acontece com uma maior regularidade. Como já dissemos, todas as pessoas que desenvolvem atividades são mulheres e psicólogas, ao contrário dos usuários, que são, em maioria, homens.

1.3 A pesquisa nas instituições psiquiátricas

O ingresso nas instituições psiquiátricas não estava previsto desde o início da pesquisa. Ainda que eu tenha decidido, a partir da qualificação do projeto, investigar os discursos dos profissionais destas instituições, só pude fazê-lo após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde e a sua respectiva aprovação, que se deu, tardiamente, em 26 de dezembro de 2005.

Para que eu pudesse submeter o projeto ao CEP, foi necessário coletar assinaturas dos responsáveis de cada instituição onde eu pretendia entrevistar profissionais. Dessa forma, quando retornei às instituições para buscar os profissionais, tive um pouco mais de facilidade, já que tinha a aprovação do CEP e a autorização da direção da instituição. A primeira instituição que visitei foi o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e em seguida o Instituto de Saúde Mental (ISM).

Preocupando-me com a análise dos discursos dos profissionais, foi necessário ainda selecionar quais os profissionais seriam entrevistados. Para que os discursos não fossem oriundos de uma mesma categoria de profissionais, a opção foi dar preferência a profissionais de áreas diferentes e com pelo menos quatro anos de trabalho na instituição. Assim, para cada instituição, o objetivo inicial era entrevistar quatro representantes das seguintes categorias: um(a) médico(a) psiquiatra, um(a) enfermeiro(a), um(a) assistente social. No que se refere ao

tempo de trabalho na instituição, a opção pelo mínimo de quatro anos deu-se em função do tempo de existência da instituição e possível implementação da Lei 10.216 no DF.

1.3.1 Hospital São Vicente de Paula

O atual Hospital São Vicente de Paula foi inaugurado em 18 de maio de 1976, onde era, anteriormente, o Hospital Maternidade de Taguatinga, uma instituição de saúde, mas com caráter assistencial e dirigida por freiras desde 1959. Até recentemente, o HSVP se chamava Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, mais conhecido pela sigla HPAP. A mudança do nome para Hospital São Vicente de Paula representava uma das estratégias para que fosse criada uma nova representação do lugar que gradativamente seria transformado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesta perspectiva, acabaram com as internações, criaram um local para o pernoite de pacientes, implantaram o hospital-dia que passou a ser a porta de entrada do hospital – em substituição da emergência – e, interromperam os convênios com clínicas privadas, como a Clínica Planalto e o Sanatório de Anápolis, para onde pacientes crônicos e com mais dificuldades eram enviados.

Percebemos que estas foram importantes medidas no que interessa à implementação da reforma psiquiátrica no DF e ao incentivo para que fossem adotadas novas práticas com relação à saúde mental. As mudanças não atingiam apenas os profissionais, mas a própria estrutura física da instituição e, por isso, foram retiradas as grades. Este também era o período em que ocorria a residência em saúde mental a qual nos referimos anteriormente e dessa forma, com a mudança do governo não apenas a residência deixou de existir como também as grades foram recolocadas, as internações retornaram e os convênios com as clínicas privadas foram reativados.

Chegando ao HSVP, me dirigi à direção para voltar a me apresentar e solicitar auxílio na busca de profissionais que pudessem realizar as entrevistas. A conversa na direção já foi bem interessante, demonstrando, com clareza, o direcionamento do trabalho desenvolvido no hospital. Ao que pareceu, a causa antimanicomial e a reforma psiquiátrica não são muito bem percebidas, ou pelo menos não são bem compreendidas pela direção, que atribui às pessoas que defendem tais causas uma dose de ignorância médica acerca das reais necessidades de um paciente transtornado, que muitas vezes precisa ser amarrado, contido e internado.

Como fui me apresentar e informar que o projeto tinha sido aprovado pelo CEP e, por isso, estava retornando para coletar os dados, fui questionada sobre o quê exatamente eu buscava na instituição. Expliquei que o projeto tratava da reforma psiquiátrica no DF e antes que eu pudesse continuar a explicação sobre a pesquisa, me foram demonstradas as metas estabelecidas para o ano de 2006 que estavam registradas em um quadro na parede da sala, a saber: cursos, treinamento de funcionários, entre outras coisas que não pude ler completamente. Também fui informada acerca das oficinas que funcionam na instituição como a oficina de tecelagem, de bijuterias, de serigrafia, de culinária, entre outras⁹.

Uma pessoa foi indicada para me apresentar a instituição e pude conhecer todos os setores do HSVP, exceto o pronto-socorro, por razões que desconheço, e o hospital-dia, que não estava funcionando nas primeiras semanas de janeiro¹⁰. Ainda que não houvesse nenhuma pessoa amarrada, enjaulada ou práticas manicomiais explícitas, a visão não foi das melhores, sobretudo no que se refere à estrutura física da instituição e à aparência dos pacientes, vários pareciam estar excessivamente dopados.

Apesar de o objetivo principal da estadia no HSVP ser apenas entrevistar os profissionais, foi extremamente relevante a experiência das visitas ao hospital. Procurava sempre chegar mais cedo às entrevistas para que eu pudesse aguardar nas proximidades das unidades de internação, do pronto-socorro (parte externa) e do ambulatório, e, assim, conhecer mais intimamente o cotidiano da instituição. Eventualmente sentava nos bancos próximos à unidade de internação feminina e várias internas puxavam conversa, pediam ajuda para contatar suas famílias, comida ou cigarro. Estes contatos possibilitaram que eu construísse um entendimento não somente a partir dos discursos dos profissionais, mas também do que eu percebia ao observar a rotina hospitalar e o dia-a-dia dos pacientes.

Considerando que a reforma psiquiátrica no Brasil preconiza a extinção progressiva da assistência em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede de atenção extra-hospitalar, de forma que fosse substituída por outros tipos de serviços como centros de atenção diária, a ocupação de leitos em hospitais gerais, entre outras mudanças, o HSVP encontra-se quase que totalmente fora das recomendações da política de saúde mental atual. É preciso ressaltar que

⁹ Infelizmente, não foi possível conhecer as oficinas, pois não estavam funcionando no mês de janeiro.

¹⁰ Ao longo de nossas visitas, pudemos observar o trabalho desenvolvido no hospital-dia, que funcionava no subsolo do prédio da administração, de forma não muito bem estruturada. Posteriormente, no início de fevereiro foi fechado e os pacientes transferidos para o atendimento de hospital-dia do Instituto de Saúde Mental.

há algumas iniciativas particulares de profissionais do HSVP que são fundamentais, estando em conformidade com o que reza a reforma, como o Programa Vida em Casa, as atividades da terapia ocupacional e as oficinas. No entanto, não há médicos de outras especialidades que não seja psiquiatria, há uma demanda de atendimento muito maior do que a suportável pela instituição e grande parte dos pacientes – segundo os profissionais entrevistados – são egressos de outras internações.

1.3.2 Instituto de Saúde Mental

O Instituto de Saúde Mental fica em um local antes denominado Granja do Riacho Fundo, que já foi, inclusive, residência presidencial em outras épocas. Hoje está dentro dos limites da cidade satélite que recebeu o nome da antiga Granja, o Riacho Fundo, há uma considerável distância dos limites urbanos da cidade. Admito que a primeira vez que estive na instituição, a demora para chegar ao local e a sua distância da cidade me causaram uma primeira impressão associada à localização dos antigos manicômios e colônias agrícolas destinadas a manter os loucos bem longe dos limites das cidades.

Apesar disso, a aparência real da instituição como um todo é bem diferente do que um visitante possa imaginar ao longo do trajeto tão demorado. Não é possível enxergar os limites do terreno, é como uma grande chácara, com áreas verdes, muitas árvores, piscinas, quadras de esportes e pessoas caminhando pelos jardins e calçadas. Nesta primeira visita, estive lá apenas para solicitar a assinatura da direção autorizando a minha pesquisa, caso a mesma fosse aprovada pelo CEP, mas já nessa ocasião, enquanto esperava na sala de espera, tive a oportunidade de conversar com um paciente que dizia gostar muito de se tratar lá.

A fundação do ISM ocorreu no ano de 1987, o que pode ser percebido como uma das iniciativas pioneiras no processo de implementação da reforma psiquiátrica no DF, tendo em vista a proposta de assistência em instituição aberta, totalmente diferenciada do modelo do então HPAP que era referência em saúde mental. No entanto, a idéia da criação não surgiu a partir de uma idealização e crença em outras formas de tratar a doença mental.

O espaço do ISM era de propriedade da União e foi repassada para o Governo do Distrito Federal em meados da década de 1980. Inácio Republicano, então assessor do Governador José Aparecido e que conhecia experiências de instituições psiquiátricas abertas

no exterior, visitou a Granja do Riacho Fundo e, conhecendo seus espaços, a casa principal, as áreas verdes, o refeitório e o dormitório do soldado, lhe passou que seria adequado para um hospital psiquiátrico.

Com essa idéia, em uma reunião com o Secretário de Saúde do DF e profissionais da rede, um dos participantes teria questionado a situação dos doentes mentais e as providências que seriam tomadas além da assistência oferecida pelo HPAP. Diante de tal questionamento, Inácio Republicano passou um bilhete para o Secretário informando-o sobre a Granja do Riacho Fundo que já era um hospital psiquiátrico pronto para funcionamento. Desta maneira, mediante um decreto do Governo, o Instituto de Saúde Mental foi criado.

A criação de uma instituição aberta colocou o Distrito Federal à frente das novas práticas psiquiátricas e de atenção à saúde mental, na medida em que se contrapôs às tradicionais práticas manicomial das instituições fechadas. Isto não quer dizer que tamanha novidade foi aceita sem resistências. Segundo relatos de nossos entrevistados, a proposta de uma instituição aberta assustou grande parte dos profissionais, sobretudo os funcionários do antigo HPAP que foram convocados para trabalhar na nova instituição. A recusa foi generalizada, pois não compreendiam como era possível tratar os doentes mentais em um espaço com piscinas, espelhos nos banheiros e sem grades.

O momento histórico que presenciou a fundação do ISM caracterizou-se por uma intensa reflexão política e social que encerrou um longo período de ditadura militar. Os questionamentos sobre justiça, direitos e cidadania estavam presentes nos mais diferentes setores da sociedade, inclusive na saúde mental. Com esse espírito, de romper com a ideologia manicomial, repensar a cidadania das PATM, valorizar as diferenças e pensar estratégias de reinserção social é que o ISM foi constituído. Uma outra inovação na proposta do ISM foi a articulação com a família, que também passou a ser percebida como usuária da assistência à saúde mental.

Da mesma forma como procedi no HSVP, retornei ao ISM para realizar as entrevistas com os profissionais e me dirigi à direção para me reapresentar e solicitar apoio. Fui encaminhada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa (NEPS) da instituição para encontrar o profissional que me apoiaria na execução do trabalho. A idéia de ter um NEPS dentro da instituição me chamou a atenção, porém, segundo informações dos profissionais este nunca funcionou efetivamente.

Atualmente, com relação ao oferecimento de serviços, o ISM está estruturado da seguinte forma: um ambulatório, que realiza atendimentos periódicos aos pacientes; um hospital-dia, dividido em cinco grupos, cada um com uma equipe multidisciplinar responsável por uma média de 15 pacientes; um grupo que atende apenas os pacientes crônicos; e uma enfermaria onde estão morando os pacientes egressos da extinta Clínica Planalto, fechada no ano de 2003¹¹.

Todos os serviços são relativamente independentes dos demais, inclusive no que se refere às equipes, exceto os médicos psiquiatras que atuam nos grupos do hospital-dia e atendem nos ambulatórios. Um outro elemento que contribui para essa independência é a própria extensão da área do ISM, pois não se pode, com muita rapidez, sair caminhando do ambulatório para o hospital-dia, por exemplo.

De modo geral, é possível afirmarmos que o ISM está bem mais aproximado do que se espera das instituições psiquiátricas na atualidade, a partir das recentes recomendações das políticas de saúde mental brasileiras. O fato de não haver leitos de internação, mas apenas atendimento ambulatório e hospital-dia, é um dos pontos mais significativos. Entretanto, apesar de não haver internação propriamente dita, há pacientes morando dentro da instituição, o que está em oposição direta à reforma psiquiátrica. Mas trata-se de uma situação peculiar em que os pacientes egressos da extinta Clínica Planalto, que são excessivamente prejudicados e não têm referências familiares, foram integrado ao ISM em função da ausência de um serviço substitutivo que os absorvesse.

Existe, atualmente, uma discussão entre os profissionais da instituição, Ministério Público e movimento social no sentido de criar alternativas de residências para estes pacientes dentro da própria instituição. Tal iniciativa continua em desacordo com a política de saúde mental atual, mas parece viável uma vez que não há residências terapêuticas no DF e a enfermaria onde os pacientes residem não se aproxima em nada de uma residência real. Ao contrário, não há divisão entre as camas, não há paredes e todos podem ser vistos, de forma que homens e mulheres dividem os mesmos espaços sem qualquer privacidade. Assim, mesmo que a residência proposta funcione dentro do espaço institucional, acreditamos que pode ser um importante fator na reconstrução da sociabilidade destes pacientes.

¹¹ Este episódio, que no decorrer da pesquisa identificamos como um marco da reforma psiquiátrica no DF, será abordado mais adiante.

Outro aspecto que merece ser questionado é o fato de haver um grupo destinado aos pacientes crônicos, que já receberam alta do hospital-dia, mas que continuam freqüentando a instituição. A criação deste grupo se deu, em parte, por uma pressão das famílias que não tinham condições de manter os pacientes crônicos em casa e, por outro lado, pelo desejo dos próprios pacientes de permanecerem em um espaço seguro. Mesmo estando de alta e não sendo oferecido um tratamento propriamente dito destinado ao grupo, eles vão para a instituição todos os dias, a sede do grupo é como uma casa, onde tem cozinha, rádio, sofá e eles convivem com outros pacientes na mesma condição. Funciona, dessa forma, como uma alternativa para aqueles que recebem alta médica, mas, ainda assim, não conseguem se inserir socialmente.

1.4 A construção teórica da pesquisa

A delimitação dos marcos teóricos que nortearão uma pesquisa é fundamental e devem estar relacionados ao tema, aos objetivos e às questões que pretendemos responder, explicitados em um projeto que antecede o próprio desenvolvimento da dissertação e a coleta de dados. Contudo, faz-se necessário observar que o decorrer da construção da pesquisa pode levar a uma nova revisão teórica, mas tais referenciais não devem deixar de estar presentes.

Em um primeiro momento, minha preocupação fundava-se na compreensão da loucura na sociedade e como fora representada ao longo da história, quais eram as diferentes percepções sobre o louco e a loucura. Inicialmente, inspirava-se nos estudos de Foucault (1990; 1993) e Goffman (1988 2001), ambos são referências mundiais nos estudos sobre a loucura sob uma perspectiva sociológica. Em um segundo momento, outros autores vieram a contribuir com esta reflexão como Serge Moscovici (1978; 2004) e Denise Jodelet (2001; 2005), que são referências para o estudo das representações sociais.

As representações sociais podem ser descritas como sistemas de valores, percepções e práticas que vinculam-se às relações sociais e processos simbólicos, que possibilitam a orientação e a interação dos indivíduos no mundo social. O conceito de representação esteve presente desde o pensamento sociológico clássico, onde podemos frisar os trabalhos de Durkheim que, em busca do elo que preservava a unidade social, o utilizava com o intuito de investigar a realidade coletiva. Para Durkheim, a sociologia deveria preocupar-se com a

investigação dos estados da consciência coletiva, as leis e representações, pois a sociedade não poderia ser explicada por meio das consciências individuais. Assim introduz o conceito de representações coletivas que refletem o modo que o grupo social percebe a si mesmo nas relações com os objetos que interagem. Salienta, ainda, que “[...] o grupo está constituído de maneira diferente do indivíduo, e as coisas que o afetam são de outra natureza. Representações que não exprimem nem os mesmos sujeitos, nem os mesmos objetos, não poderiam depender das mesmas causas” (1999 p. XXVI).

O conceito de representação foi retomado pela psicologia social, agora sob uma outra perspectiva, e Moscovici (2004), recorrendo inicialmente aos estudos de Durkheim, fez uma releitura e uma reelaboração do conceito, passando a referir-se agora à representação social e não mais coletiva. Um aspecto que deve ser ressaltado acerca da nova conceituação é o caráter dinâmico, a mobilidade das representações na perspectiva de Moscovici, diferentemente da percepção estática durkheimiana.

Moscovici (1978), em suas obras, procura não oferecer uma definição exata do conceito de representação social, preocupando-se, deste modo, com uma possível redução de sua abrangência conceitual. Ressalta, no entanto, que as representações podem ser compreendidas como um conhecimento construído e compartilhado pelo grupo social, sendo um conjunto de conceitos e proposições que têm origem nas relações cotidianas deste grupo, representando, o que chamamos de mitos e crenças nas sociedades tradicionais, ou ainda, senso comum na sociedade contemporânea.

Nesta perspectiva, acreditamos que o campo das representações sociais nos possibilita construir e visualizar uma multiplicidade de aspectos da realidade social comum a um conjunto social. Ao que parece, a preocupação central é identificar os elementos que estruturam a vida social, bem como os mecanismos da reprodução da vida social, os sentidos que rodeiam as práticas e os comportamentos. Deste modo, Jodelet (2001) afirma que as representações sociais são:

Fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico [...] Na realidade, a observação das representações sociais é algo natural em múltiplas ocasiões. Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens imidiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais (2001 p. 17).

No concernente às representações sociais da loucura, percebemos que estas são carregadas de sentidos que não são apenas os científicos que aparecem nas narrativas da psiquiatria ao longo do tempo. Como veremos adiante, a própria denominação da loucura como doença foi questionada em diferentes momentos, quando se chegou a falar, inclusive, na “fabricação da loucura”. A representação e aceitação do que é o normal também é dotada de sentidos e se contrapõem ao que não é normal, podendo ser este um dos elementos que compõem as representações da loucura, o fato desta se distanciar de uma suposta normalidade. As diferentes significações que são atribuídas a um fenômeno social produzem, conseqüentemente, as práticas e as percepções que os sujeitos poderão vir a ter sobre determinado objeto.

Denise Jodelet demonstra, com muita propriedade, como se dá este processo com relação à loucura, mas não apenas nesta perspectiva, traz, também, a Aids¹² que surge na década de 1980 em contraposição à liberação sexual presente na década anterior e que se liga ao imaginário social com diferentes sentidos como a moralidade, retomada de antigas crenças, castigo divino, pecado, entre outros valores. A partir daí, são criados mecanismos de exclusão e marginalização dos sujeitos que estão fora das normas, em conformidade com as representações sociais daquele fenômeno, como ocorreu e ainda ocorre com a loucura até os dias de hoje.

Dessa forma, conhecer as diferentes abordagens sobre as representações da loucura tornou-se uma experiência interessante, ainda que estas não sejam o objetivo central de nossa investigação. Ressalta-se, entretanto, que identificar as representações da loucura dos profissionais envolvidos com o processo de implementação da reforma psiquiátrica no DF é uma condição para que possamos chegar à resposta de nossa questão central que trata da reforma psiquiátrica e da cidadania das PATM. Entendemos que não há como chegarmos à complexidade da discussão de cidadania da PATM sem, antes, compreendermos como a doença mental é percebida e tratada por estes profissionais.

Dissemos que o debate que versa sobre a cidadania das PATM é dotado de complexidade, pela própria origem do conceito. Hoje, pode ser que haja o que alguns chamem

¹² Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA.

de banalização da noção de cidadania ou quem sabe uma popularização, mas em sua origem moderna o conceito vincula-se à idéia de razão que esteve contrariamente posicionada à loucura. A razão se afirma no Ocidente excluindo aquilo que é totalmente adverso em relação a ela, ou seja, a loucura. Impossibilitados de fazer valer suas vontades, os doentes mentais passam a ser de responsabilidade da medicina, que tem por finalidade resgatar a razão dos alienados através do internamento e de tratamento moral, para que pudessem recuperar a condição de sujeitos (FOUCAULT, 1993). O reconhecimento do indivíduo como sujeito dotado de razão aparece como condição para o reconhecimento do sujeito de direito e o sujeito desprovido de razão submetido ao universo racional da doença (FOUCAULT, 2002). O ápice da razão que aparece em meados do século XVII como característica fundamental do homem fundamenta, a partir deste momento, a fonte do direito, da justiça e da igualdade entre os indivíduos¹³.

A idéia de igualdade se fortalece e a constituição de uma sociedade igualitária onde as diferenças entre os homens fossem eliminadas são partes de um ideal que aparece entre os intelectuais do século XVIII. Além da crença de que todos os homens nascem iguais – surgindo aí a questão da universalidade –, os direitos à liberdade e à fraternidade são os elementos que vão compor um novo entendimento sobre a cidadania e sobre quem são os cidadãos na sociedade moderna. Estes são os princípios que vão nortear as configurações do direito até o nosso tempo, onde as constituições dos Estados anunciam a igualdade de todos frente à lei, a liberdade de expressão, de ir e vir, a dignidade das pessoas e a fundamentalidade dos direitos humanos.

Mas uma questão permanece no que concerne à cidadania daqueles que à época eram chamados de loucos. Como se estabelece a cidadania daqueles que eram desprovidos de razão? Como chamar de cidadãos aqueles que não mantêm uma relação de igualdade com os demais? Se entendemos a cidadania fundamentado-nos em sua concepção moderna seria possível estendê-la às PATM? A heterogeneidade que é evidente na maior parte das

¹³ Max Weber (1994), pensador do processo de modernização e do que ele denomina como processo de racionalização, ressalta que há uma autonomização das esferas social, econômica, política, cultural, jurídica, entre outras, que, ao mesmo tempo, submetem-se a uma racionalidade instrumental. Assim, para Weber, a razão instrumental científica conduziu ao que chamou de “desencantamento do mundo” onde a ciência passa a representar o caminho para a verdade sobre o mundo.

sociedades parece ter sido ignorada pelos intelectuais do século XVIII, a questão das identidades coletivas não foi um ponto de discussão.

[...] o Iluminismo enfatizava e valorizava o que seres humanos tinham em comum, e o despertar das nações estava ainda no futuro. O cidadão então “inventado” tinha um discurso abrangente contra os monarcas absolutistas, as aristocracias com seus privilégios inúteis, os sacerdotes obscurantistas; mas tinha pouco a dizer sobre como lidar com as diferenças de cor da pele, língua, fé (DEMANT, 2003, p. 344).

Diante do exposto, a história mostra que o modelo iluminista não deu conta das heterogeneidades, da pluralidade cultural dos indivíduos e de suas particularidades. A consequência de tal tentativa de homogeneização refletiu o início de um longo período de enfrentamento entre as majorias e as minorias étnicas, religiosas, culturais, identitárias e outras, que tiveram suas cidadanias e diferenças cerceadas por uma proposta universalizadora. Este é o processo que, em nosso entendimento, desencadeia uma nova configuração da noção de cidadania, em que o direito à igualdade permanece como fundamental, desde que consideradas as diferenças e as heterogeneidades.

Como previu T. H. Marshall (1967), as democracias modernas certamente seriam cenários de tensões e enfrentamentos entre a afirmação de igualdade e a estrutura de classes e desigualdades presentes nas sociedades capitalistas. Na sua concepção clássica de cidadania, observa que esta se encontra no seio das lutas pelos direitos civis, políticos e sociais. Para o autor estes direitos presumem garantias fundamentais de liberdade individual e igualdade em face da lei, o direito de votar e ser votado, bem como o de participar da vida política de modo geral e de ter garantido um padrão razoável de bem-estar econômico e social. Em se tratando de preservação de liberdade e igualdade, ressalta-se que referem-se também ao direito de não ser excluído, segregado ou estigmatizado em função de afinidades políticas, religiosas ou demais condições existenciais.

Entretanto, é necessário frisarmos que suas formulações inserem-se no contexto do desenvolvimento das políticas de bem-estar social na Inglaterra, no período pós-guerra. Ademais, conforme observado por Carvalho (2005) estas dimensões da cidadania propostas por Marshall, partem de uma visão linear da evolução de direitos, onde primeiramente surgem direitos civis, posteriormente direitos políticos e finalmente os direitos sociais. A concepção

“evolucionista” de Marshall recebe críticas sob diferentes aspectos, um deles é o fato de que este desenvolvimento dos direitos em “escada” retrata uma realidade limitada à situação inglesa, não podendo ser estendido às demais sociedades capitalistas¹⁴.

A constatação de que a concepção moderna de cidadania não possibilita, necessariamente, condições universais de direitos civis, políticos e sociais a todos, e, ainda, que a imposição de uma igualdade à diversidade dos indivíduos pode ocasionar uma situação de desigualdade social, foi incorporada aos discursos de diferentes movimentos sociais, inclusive na área da saúde e da saúde mental. A alusão à cidadania das PATM fez-se presente em todos os documentos e relatórios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, assim como nos textos das Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas no Brasil desde 1987 e em outros instrumentos relacionados à defesa da implementação de uma reforma psiquiátrica.

O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, a saúde, justiça e melhores condições de vida (MANIFESTO DE BAURU, 1987)¹⁵.

Entre as diretrizes e princípios explicitados no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 2001 e teve como tema central “Cuidar, sim. Excluir Não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, consta: “[...] a priorização, no âmbito da assistência em saúde mental, de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando deste modo o exercício da cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares” (2002 p. 21). Inferimos, assim, que há uma busca pela criação de um novo espaço social para a doença mental, que está diretamente relacionado à extensão das possibilidades de cidadania para as PATM.

¹⁴ José Murilo de Carvalho (2005) afirma que no Brasil o processo inverte-se em comparação ao que é descrito por Marshall. Primeiramente tem-se a implantação dos direitos sociais sob forma de concessão estatal e posteriormente os direitos políticos. Para o autor, esta inversão seria responsável por diferenças importantes na concepção brasileira de cidadania.

¹⁵ O documento conhecido como Manifesto de Bauru, aprovado na Plenária de Encerramento do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, completo está em anexo.

Neste sentido, entendemos que nos alicerces do ideário de reforma psiquiátrica está a idéia de que a cidadania não é um dado, mas um construído, conforme nos ensina Hannah Arendt referindo-se à igualdade social. Ademais, tal ampliação da compreensão de cidadania ultrapassa as reivindicações pelo reconhecimento dos direitos, para chegar paralelamente a um processo de alargamento da capacidade de todos agirem de modo livre e participativo (BEZERRA JR., 1992). No entanto, para que tal construção e ampliação da cidadania seja efetivada faz-se necessário uma articulação entre família, profissionais e as próprias PATM, e que a cidadania esteja presente não apenas nos discursos, mas nas práticas, o que envolve participação e reconhecimento.

1.5 Procedimentos metodológicos

A metodologia utilizada para o desenvolvimento da presente pesquisa pautou-se, inicialmente, em uma revisão bibliográfica das obras que são referências para a compreensão da doença mental enquanto fenômeno social, passando, num segundo momento, para a leitura de obras específicas das áreas de saúde mental, para que pudéssemos alcançar uma compreensão abrangente das representações da loucura nas sociedades. Ademais, conjuntamente fizemos uma segunda revisão bibliográfica no que concerne à discussão conceitual dos referenciais que norteiam a nossa pesquisa: os conceitos de representação social e cidadania.

Afora a revisão bibliográfica, foi feita uma pesquisa documental em que utilizamos fonte de dados como legislações relacionadas à saúde, dados e relatórios do Ministério da Saúde e dos Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial, documentos históricos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, Diário Oficial do Congresso Nacional, entre outros documentos que contribuíram para que pudéssemos reconstruir a história do movimento pela reforma psiquiátrica e das políticas de atenção à saúde mental no Brasil.

Quanto à pesquisa de campo, foi iniciada em julho de 2005 no contexto do Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT), mais especificamente na PROSUS, e, ao mesmo tempo, na ONG em saúde mental INVERSO, quando participamos da Oficina de Rolinhos da Livre Expressão. Esta primeira parte da pesquisa de campo fundamentou-se na observação do cotidiano das duas instituições em suas relações com a saúde mental no DF e para registro dos

dados utilizamos um diário de campo, onde registramos todos os fatos, elementos e ocorrência de nossa rotina nas referidas instituições. Permanecemos até dezembro de 2005 nestas instituições, totalizando cinco meses de trabalho empírico.

Consideramos que a técnica da observação faz-se relevante em quase todos os tipos de pesquisa, porém, no que concerne ao trabalho de campo em pesquisa qualitativa torna-se parte essencial. Não há consenso, todavia, sobre os limites entre a observação “pura” e a observação participante, sobretudo em se tratando de pesquisa social. Entretanto, poderíamos diferenciá-las tendo como ponto de partida o posicionamento do observador, que, enquanto tal, atua como expectador do objeto a ser investigado e em se tratando de observação participante “[...] ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado” (RICHARDSON et al., 1999, p. 261). Tomando tal definição como ponto de partida e aplicando-a ao nosso trabalho, podemos afirmar que ao acompanharmos a oficina de geração de renda da INVERSO – Rolinhos da Livre Expressão – e nos posicionarmos como os demais frequentadores, sentados à mesa central, cortando papel e produzindo colares, estaríamos diante da técnica da observação participante.

Não obstante, para outros autores a observação participante configura-se sob uma outra perspectiva que não implica a colocação do observador no mesmo papel ou posição dos sujeitos da pesquisa, conforme ressaltam Schwartz & Schwartz (1995), citados por Minayo (1998):

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar, da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (p. 135).

Consideramos, desta forma, que ainda que o pesquisador se atenha a observar o fenômeno a ser estudado como um expectador externo ao objeto, ao colocar-se frente ao grupo social ou situação específica, há, necessariamente, uma relação de troca e de interferência entre todos os que integram tal contexto. Enquanto estávamos no MPDFT, por exemplo, não participávamos dos atendimentos conjuntamente aos profissionais da Promotoria, por outro lado, presenciávamos e participávamos da sua rotina enquanto coletávamos os dados para a pesquisa. Por fim, tendo como inspiração os ensinamentos de Minayo (1998) acerca da

pesquisa qualitativa em saúde, nos posicionamos de acordo com o que ele denomina “participante-como-observador”, que não se coloca como “nativo” do grupo estudado, mas esclarece sua relação com o grupo como “meramente de campo”, vivenciando o seu cotidiano e dos entrevistados.

Em um segundo momento da pesquisa de campo, entrevistamos os profissionais das instituições acima referidas e, posteriormente, os servidores da Secretaria de Saúde do DF lotados no Hospital São Vicente de Paula e no Instituto de Saúde Mental. Ainda que inicialmente pretendêssemos apenas entrevistar os profissionais das instituições psiquiátricas, não deixamos de fazer os registros em diário de campo de nossas percepções sobre o cotidiano das mesmas, o que foi muito importante para que pudéssemos conhecer efetivamente as práticas reais dos profissionais e compará-las com os relatos das entrevistas. Além disso, em todas as instituições partes da pesquisa, exceto o MPDFT, tivemos a oportunidade de manter um contato bem próximo com as PATM, sendo este mais um elemento enriquecedor na construção do nosso trabalho.

A entrevista como técnica de coleta de dados em pesquisa social qualitativa nos pareceu muito adequada aos nossos objetivos, tendo em vista que nesta a fala dos entrevistados pode tornar-se reveladora de condições estruturais, valores, normas, significados, onde são propagadas as representações de grupos sociais específicos. Há, ainda, algo que consideramos de grande relevância para pesquisa qualitativa que é a interação no campo entre pesquisador e atores sociais, onde as entrevistas associadas à observação permitem uma melhor percepção das práticas, dos gestos e da própria fala.

No caso da pesquisa qualitativa, [...] o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a interação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição ‘sine qua non’ do êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 1998, p. 124).

Com relação à escolha dos profissionais a serem entrevistados, no MPDFT se deu por vinculação das Promotorias com questões relacionadas à saúde mental. Na INVERSO todas as profissionais que desenvolviam atividades/oficinas com os usuários foram convidadas, um

total de quatro, mas apenas três puderam participar. No contexto das instituições psiquiátricas, interferimos apenas no que se refere ao tempo de trabalho nas instituições e às categorias dos profissionais, tendo em vista que buscávamos um representante de cada área. Com esta preocupação, me apresentava aos profissionais, perguntava sobre sua área e o tempo de serviço, e, atendendo aos critérios, solicitava a entrevista. Geralmente as entrevistas eram marcadas com antecedência e realizadas na própria instituição, em uma sala onde permaneciam apenas a pesquisadora e o entrevistado.

1.5.1 Considerações sobre as entrevistas

Na elaboração dos roteiros optamos pela entrevista semi-estruturada, pretendendo, dessa maneira, não impor alternativas de respostas aos entrevistados, mas deixá-los o mais livre possível para descreverem os aspectos mais relevantes do fenômeno estudado. A opção pelo roteiro semi-estruturado fez-se, ainda, com o objetivo de dar maior flexibilidade ao diálogo. Houve, ainda, pequenas modificações nos roteiros de acordo com a instituição a qual o profissional era subordinado, tendo sido formulados três roteiros (em anexo) direcionados para o MPDFT, a INVERSO e as instituições psiquiátricas.

A distribuição das perguntas do roteiro foi feita da seguinte forma: primeiramente, dados pessoais do entrevistado como idade, estado civil, nível de escolaridade, categoria profissional, seguidos dos dados sobre o cargo e as atividades desenvolvidas na instituição. Esta primeira parte foi motivada pela intenção de traçar um perfil dos sujeitos da pesquisa, uma vez que todos estão inseridos no cenário da implementação da reforma psiquiátrica em Brasília, porém falam de instituições diversas.

Sendo a reforma psiquiátrica parte de um projeto posto em pauta por movimentos sociais que tinham (e têm) como objetivo, além de transformar as práticas em saúde mental, construir a cidadania das PATM, a segunda parte do roteiro buscou conhecer o nível de conhecimento dos entrevistados sobre os referidos conceitos, bem com suas relações com a rotina das instituições as quais estão vinculados. Finalmente, na última parte as perguntas foram orientadas no sentido de analisar a popularidade das legislações e políticas em saúde mental, assim como sua efetividade no DF e, ainda, as percepções dos profissionais sobre a implementação da reforma psiquiátrica e a cidadania das PATM.

Como já nos referimos anteriormente, a abordagem dos profissionais foi feita de forma aleatória, preservando-se apenas os critérios, também mencionados, que se referem às categorias profissionais e ao tempo de trabalho. Com exceção do MPDFT e da INVERSO, para chegarmos aos profissionais das instituições psiquiátricas geralmente recebíamos orientação de um outro funcionário que nos apresentava como responsáveis pela pesquisa e recomendava que os demais se disponibilizassem a participar. A partir daí buscávamos os profissionais que atendiam aos critérios, apresentando, concomitantemente à solicitação da entrevista, a aprovação do projeto de pesquisa no CEP/SES/DF.

A mediação entre a pesquisadora e os profissionais a serem entrevistados se dava em função da recomendação do funcionário que nos apresentava e da aprovação do projeto no CEP. Dessa forma, estabelecia-se uma relação de confiança e disponibilidade em participar da pesquisa.

Seguidamente, apresentávamos os objetivos da pesquisa e, havendo concordância em participar, solicitávamos que o entrevistado lesse o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (em anexo) e o assinasse em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra do entrevistado. Uma das questões que destacávamos no momento da apresentação da pesquisa tratava-se da garantia do sigilo da autoria das respostas e o direito do entrevistado em recusar-se a responder qualquer das perguntas. Para o registro das entrevistas utilizamos o gravador e, ao mesmo tempo, quando necessário, fazíamos anotações em diário de campo a respeito da fala dos entrevistados.

1.5.2 Perfil dos entrevistados

Consideramos que conhecer os sujeitos da pesquisa tem um importante significado para percebermos com completude a essência do trabalho realizado. Para tanto, tecemos alguns dados que acreditamos ter relevância para compreendermos, inclusive, quem são os atores do cenário da saúde mental no DF, sobretudo no que concerne à esfera pública e ao movimento social.

No total foram quinze entrevistas, divididas, por categorias profissionais e instituições, nas seguintes proporções:

	HSVP	INVERSO	ISM	MPDFT
Assistente Social	1	--	1	--
Técnicas de Enfermagem	1	--	1	--
Promotor de Justiça	--	--	--	4
Psicólogo	--	3	1	--
Psiquiatra	1	--	1	--
Terapeuta Ocupacional	1	--	--	--

Tabela 1: número de profissionais entrevistados por categoria e por instituição.

Diante do exposto, é perceptível que entre os profissionais entrevistados somente duas pessoas não têm curso superior, são técnicas de enfermagem. Ademais, as categorias profissionais não variam na INVERSO e no MPDFT. Na primeira, exceto a Diretora que é assistente social, todas as demais profissionais que desenvolvem atividades na instituição são de psicologia e no segundo, pela opção em entrevistarmos apenas promotores de justiça. No HSVP e o no ISM houve uma variação, na medida em que nossa pretensão era trazer discursos de profissionais de categorias diversas, para que se constituísse em uma amostra representativa do contexto da saúde mental, por isso, além de mais um psicólogo no ISM, entrevistamos psiquiatras, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e uma terapeuta ocupacional no HSVP.

A diversidade da categoria profissional foi um dos critérios que utilizamos para a seleção dos sujeitos, assim como o tempo de atuação na instituição que tiveram a seguinte variação:

HSVP	INVERSO	ISM	MPDFT
4 a 18 anos	1 a 4 anos	4 a 16 anos	2 a 15 anos

Tabela 2: tempo de trabalho dos profissionais por instituição.

A grande maioria dos/as profissionais entrevistados são mulheres, sendo que na INVERSO há apenas mulheres coordenando e desenvolvendo atividades com os frequentadores da ONG. Esta constatação reforça a relação social existente entre gênero e cuidado que reflete a mulher no papel de cuidadora.

	HSVP		INVERSO		ISM		MPDFT	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Mulheres/Homens								
Assistente Social	1	-	-	-	1	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	1	-	-	-	1	-	-	-
Promotor de Justiça	-	-	-	-	-	-	2	2
Psicólogo	-	-	3	-	-	1	-	-
Psiquiatra	1	-	-	-	1	-	-	-
Terapeuta Ocupacional	1	-	-	-	-	-	-	-

Tabela 3: número de homens e mulheres entre os profissionais entrevistados, por categoria e por instituição.

Excetuando-se o Ministério Público, que é uma instituição diferenciada por não ter a função específica do cuidado, nas demais instituições apenas um entrevistado era homem, um psicólogo no ISM. Mas, mesmo no Ministério Público é possível percebermos a mesma divisão quando analisamos a divisão sexual nas promotorias, pois aquelas que estão ligadas à assistência à família, idosos e deficientes são presididas por mulheres.

1.6 Ética em pesquisa científica

A reflexão acerca da ética em pesquisa se faz cada vez mais necessária em todos os contextos, sobretudo quando se pensa em saúde. No último século os avanços científicos e tecnológicos trouxeram um aparente sinal de progresso em diversos setores, mas que por outro ângulo fazem surgir questões éticas que envolvem a própria sobrevivência do Planeta. Da mesma forma em que os avanços abrem as portas para o progresso, provocam uma outra discussão sobre a imposição de limites à ciência em nome da proteção do meio ambiente ou dos próprios seres humanos.

A preocupação com a ética em pesquisa, sobretudo nas áreas de saúde, intensificou-se no Brasil principalmente a partir da década de 1990, mas no contexto internacional podemos afirmar que desde o período pós-segunda guerra há uma preocupação ética com as pesquisas que envolvam seres humanos. Isto se explica em função dos ideais nazistas que caracterizaram a Segunda Guerra Mundial (1938-1945), que supervalorizava a “raça pura” ariana, onde foram cometidas as maiores violações contra as pessoas, inclusive em nome da ciência.

Após a Guerra, a comunidade internacional uniu-se para a criação de um Tribunal Internacional que julgasse os crimes contra a humanidade e colaborasse na reconstrução do

processo de internacionalização dos direitos humanos, com o fim de impedir que fossem cometidas novas atrocidades. Deste modo, em 1947 o Tribunal de Nuremberg julgou os crimes da Segunda Guerra, dentre eles os experimentos com seres humanos, tendo sido elaborado o Código de Nuremberg em que foram recomendados os procedimentos necessários para que médicos pudessem realizar experimentos envolvendo seres humanos, ressaltando, ainda, o consentimento voluntário dos sujeitos¹⁶.

A saúde, reconhecida e proclamada como direito fundamental da pessoa humana, é necessidade essencial de todos os indivíduos e também de todas as coletividades. A consideração de critérios éticos torna-se absolutamente necessária, para que a saúde de todos os seres humanos esteja entre as prioridades na utilização dos recursos disponíveis, bem como para que os avanços da ciência e da tecnologia, quando verdadeiros, tenham como parâmetro da verdade o benefício da pessoa humana. Só o relacionamento da saúde com a ética poderá impedir que, sob o pretexto da promoção ou do aproveitamento daqueles avanços técnicos e científicos, sejam impostos graves prejuízos à saúde de milhares de seres humanos ou sejam efetivadas práticas contrárias à saúde que levem à degradação de toda a humanidade (DALLARI, 2003, p. 65).

No Brasil, o Código de Ética Médica foi aprovado em 1988, referindo-se à pesquisa médica e ao trabalho científico. No mesmo ano foi editada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) a Resolução nº 01 que dispunha sobre a necessidade do consentimento dos sujeitos, bem como da aprovação dos protocolos de pesquisa em Comitês de Ética. Ressalta-se, entretanto, que as legislações supra citadas referem-se às pesquisas na área de saúde, porém em 1996 foi editada a Resolução nº 196 do CNS-MS, que se refere às pesquisas que envolvam seres humanos de modo generalizado, não mais atreladas às áreas específicas da saúde e define:

II.1 - Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações

¹⁶ Desde 1947 diversos documentos internacionais versaram sobre as questões éticas em pesquisas que envolvam seres humanos, como a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964), o Acordo Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991).

sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

Partindo da leitura dos dispositivos constantes da Lei, entendemos que a legislação brasileira atual exige que sejam submetidos aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) os protocolos das pesquisas que envolvam seres humanos e que são das mais diversas áreas científicas, como sociologia, antropologia, economia e outras mais. Portanto, ainda que nossa pesquisa se encontre no campo sociológico, tornou-se necessária a submissão de nosso projeto ao CEP para que tivéssemos autorização para realizar as entrevistas com os profissionais que compõem o cenário da implementação da reforma psiquiátrica em Brasília.

Dessa forma, após a qualificação do nosso projeto e o redirecionamento da pesquisa, procuramos adaptar o projeto às exigências da Resolução nº 196 para submetê-lo ao CEP. Esta adaptação torna-se a primeira dificuldade para o pesquisador de outras áreas, pois mesmo a referida Resolução explicitando que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devam ser submetidas aos CEP, independentemente da área científica, o modelo de projeto que é proposto está muito mais aproximado das áreas médicas. Tal dificuldade está não apenas no que se refere às recomendações da Resolução, mas também quanto aos formulários e requisitos que devemos preencher antes da submissão ao CEP.

Uma segunda dificuldade que acreditamos necessitar de uma urgente reflexão e providências por parte da comunidade acadêmica refere-se à localização dos Comitês de Ética. Até onde pudemos conhecer, há dois Comitês de Ética em Brasília: um localizado na Universidade de Brasília que é vinculado à Faculdade de Saúde e o segundo na sede da Faculdade de Medicina do Distrito Federal (FEPECS). Além destes, soubemos da existência de outros dois Comitês localizados em faculdades privadas do DF. De todo modo, ambos os Comitês estão associados às entidades médicas, o que indica uma formação majoritária de profissionais das áreas da saúde.

Segundo a Resolução 196/96 o CEP deverá ter caráter “multi e transdisciplinar” e seu colegiado constituído por profissionais da “área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição”. Afora a

composição, não há em qualquer tópico da Resolução imposição que o CEP esteja vinculado às faculdades e instituições de saúde. Ao contrário, afirma que “as instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, conforme suas necessidades”.

Desta forma, o que vem ocorrendo na prática aparece como mais uma dificuldade para que os projetos de pesquisa de outras áreas que não as de saúde sejam submetidos ao CEP, uma vez que comumente estes estão constituídos em outros departamentos, faculdades e instituições. Não são poucos os casos que conhecemos em que os projetos são avaliados não pelos aspectos éticos, mas pelo mérito, relevância ou pela metodologia a ser empregada, mesmo que já tenham sido avaliados por uma banca de professores da área de pesquisa. Este não foi o nosso caso, mas acreditamos que esta é uma reflexão necessária, pois com exceção dos projetos que ultrapassam os limites de suas áreas específicas e que tratam de questões relacionadas à saúde, não é freqüente que os demais se submetam a algum CEP.

Sendo a presente pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia desta Universidade, mas tratando especificamente de reforma psiquiátrica e saúde mental no DF, tornou-se extremamente necessário a submissão do projeto ao CEP para que viabilizássemos a coleta de dados. Mais ainda, uma vez que nossa intenção era entrevistar profissionais subordinados à Secretaria de Saúde do DF, só teríamos autorização para tal mediante a aprovação no CEP também vinculado à Secretaria. Foi o que fizemos.

É preciso, entretanto, relatar os meandros deste percurso, que se não for trilhado com muita atenção, pode vir a comprometer a pesquisa. Para que pudéssemos submeter o projeto, nosso primeiro contato com o CEP foi feito via telefone, quando fui orientada a buscar as informações necessárias à submissão pelo *site* do CEP/SES/DF. Seguindo as orientações do *site*, da Resolução 196/96 e após a adequação do projeto, me dirigi ao CEP com o fim de encaminhá-lo à próxima reunião do colegiado que aconteceria na semana seguinte.

No entanto, chegando lá fui informada de que além da documentação que eu já tinha juntado ao projeto, precisaria, ainda, das assinaturas dos responsáveis pelas instituições onde eu pretendia coletar os dados. Sublinho que não se tratava apenas das instituições de saúde subordinadas à SES, mas todas as outras, inclusive a ONG e o MPDFT. Foi necessário, então, comparecer pessoalmente em todas as instituições para apresentar o projeto e solicitar a assinatura de seus responsáveis. Esta foi uma situação particularmente difícil no MPDFT, já

que os Promotores se consideram autônomos para decidirem sobre a entrada ou não de pesquisadores em suas promotorias. Além disso, o próprio Chefe de Gabinete da Procuradoria Geral teve dificuldades em compreender como ele poderia me autorizar a entrevistar os Promotores, mas após as minhas explicações concordou.

Tendo conseguido as assinaturas dos responsáveis por todas as instituições, retornei ao CEP para enfim concluir a submissão do projeto. Chegando lá, após apresentar novamente toda a documentação, fui informada de que em se tratando de mais de uma instituição, seria necessário, ainda, a assinatura do Diretor da DIPAS (Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde), órgão da SES/DF. Deste modo, mais uma vez foi adiada a submissão do projeto para que pudéssemos buscar a assinatura solicitada. E assim foi feito.

Novamente, tendo em mãos a assinatura do citado Diretor, estive no CEP para submeter o projeto à próxima reunião do colegiado, pois nesta ocasião já havia perdido as anteriores. Quando apresentei a documentação esperando que desta vez o processo fosse concluído, fui informada de que o formulário onde constava a assinatura do Diretor da DIPAS (folha de rosto), não poderia ser impresso em duas folhas, mas apenas em uma, sendo esta uma exigência do Ministério da Saúde. O fato é que ao imprimir o formulário a partir da *Internet*, as letras ficaram muito pequenas e, por isso, aumentei o tamanho para que se tornassem mais legíveis, estendendo o formulário para duas folhas. Mas dessa maneira, a funcionária do CEP recusava-se a aceitar a documentação, mesmo estando com todas as assinaturas e exigências cumpridas, solicitando, ainda, que eu imprimisse uma nova via do formulário, em uma folha apenas e que retornasse à DIPAS para uma nova assinatura. Depois de muita discussão sobre a validade e a diferença entre um formulário em uma ou duas folhas, após explicar a urgência dos prazos para a pesquisa e ter uma crise de choro em função de tantas dificuldades para a viabilização do encaminhamento, a funcionária aceitou a documentação como estava com a condição de que eu preenchesse um novo formulário – em apenas uma folha obviamente – e se responsabilizou pela coleta de uma nova assinatura da DIPAS caso o projeto fosse aprovado pelo CEP.

O projeto foi entregue no final do mês de novembro de 2005 e analisado em reunião plenária do CEP em 12 de dezembro. Ansiosa pelo resultado, após a reunião, entrei em contato com o CEP e fui informada de que o projeto não atendia plenamente aos requisitos da Resolução 196/96, tornando-se necessária a resolução de algumas pendências. Ao questionar

sobre quais eram as pendências, fui informada que estas não poderiam ser passadas pelo telefone e que eu teria que aguardar alguns dias para buscar o parecer pessoalmente. Passados os dias e sanadas as pendências, consegui reencaminhar o projeto para nova análise na última reunião do ano de 2005, tendo recebido o parecer de aprovação no dia 26 de dezembro.

Acreditamos que a leitura deste trecho da pesquisa pode vir a ser tão cansativo para o leitor, quanto foi para a pesquisadora vivenciá-lo. Mesmo assim, insistimos nesta questão, pois nossa intenção é demonstrar o quanto essa discussão ética é necessária e urgente, sobretudo nas ciências sociais, área sobre a qual podemos nos manifestar. Como afirmamos anteriormente, são raros os projetos que são submetidos a algum CEP, não é uma prática que pesquisas que não versem sobre saúde passem por este processo. Outrossim, não há CEP constituído no âmbito das ciências sociais ou mesmo das ciências humanas e esta é uma reflexão necessária.

A presença da preocupação ética em pesquisa não deve ser exclusiva das áreas da saúde, por outro lado, não é correto que todos os projetos de pesquisa se submetam aos Comitês formados majoritariamente por profissionais das áreas médicas. Há, desta forma, urgência de que os CEP se popularizem nos espaços acadêmicos, não apenas para os projetos dos discentes, é óbvio, mas para todos que se propõe a pesquisar. Enfatizamos, ainda, a necessidade de uma discussão aprofundada sobre os aspectos éticos direcionados a cada área científica e não da forma como está, generalizada e fundada nos alicerces das áreas médicas.

CAPÍTULO II

“A psiquiatria depara-se hoje a confrontar-se com uma realidade que está colocada em discussão desde quando – superado o impasse da dualidade cartesiana – o homem se revela objeto em um mundo objetual, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. [...] A psiquiatria clássica está de fato limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica”.
Franca Basaglia

2. REFLEXÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL

A proposta deste capítulo é promover uma problematização do conceito de doença mental e loucura, contextualizando suas representações historicamente desde o período medieval até os tempos modernos. Pretendemos, ainda, demonstrar como se deu a institucionalização da loucura nas sociedades ocidentais e, mais especificamente, no Brasil. Para fechar o capítulo, nosso objetivo é, a partir de tal contextualização, explicitar de que modo a doença mental pode ser objeto de estudo sociológico.

2.1 Incursão no campo conceitual

A questão da doença pode ser compreendida, atualmente, não apenas a partir das definições médicas e psiquiátricas, como também a partir de várias outras ciências que a tomaram como objeto de estudo, inclusive as ciências sociais. Nesse sentido, é interessante ressaltar que as doenças mentais passaram a ser compreendidas não apenas pelos sintomas e características do adoecimento, mas partindo do entendimento da formação sócio-econômica, cultural e histórica de cada sociedade.

Ainda assim, não é possível alcançarmos uma conceituação unânime acerca do que vem a ser a doença mental, até em função de suas variantes que são inúmeras. Interessante é que se compreenda, inicialmente, que não se trata do mesmo significado das deficiências

mentais e que não necessariamente está vinculada estritamente às disfunções fisiológicas. Muitas das vezes a causa do adoecimento encontra-se no contexto familiar, na socialização frustrada de certos indivíduos em grupos sociais específicos, em conflitos afetivos, entre outras situações.

Sabemos que, assim como os hospitais nem sempre estiveram constituídos na qualidade de instituições médicas, também as doenças mentais não integraram o rol das enfermidades objetos de tratamento médico. Por muito tempo as doenças mentais, concomitantemente a outros “sintomas” sociais indesejados, foram alvo apenas de exclusão e segregação fundadas numa moral assoladora. Somente no início dos tempos modernos é que a doença mental passa a estar vinculada, não apenas às categorias marginalizadas da sociedade, mas também ao saber médico que lhe concede o *status* de doença¹⁷.

Considerando que a presente pesquisa tem como objeto de análise questões atuais relacionadas ao contexto da saúde mental no Brasil, por enquanto, vamos nos prender ao entendimento das doenças mentais no presente. Ademais, em função do estigma e do preconceito que persegue aqueles que estão ou estiveram em tratamento psiquiátrico, das inúmeras movimentações sociais de profissionais, pacientes e familiares e do próprio questionamento acerca da categorização de doença mental, atualmente, denominam-se transtornos mentais e do comportamento.

2.1.1 *Sobre os transtornos mentais*

Os distúrbios que correspondem ao conjunto dos transtornos mentais e comportamentais estão ordenados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos, é a CID 10¹⁸. Os transtornos mentais e comportamentais caracterizam-se pelas condições de alteração do humor, do pensamento ou do comportamento, que sejam recorrentes, resultando, ainda em degenerações do funcionamento pessoal de diferentes esferas da vida do indivíduo (OMS, 2001). Constituem exemplos de transtornos

¹⁷ Esta resignificação da loucura na sociedade moderna liga-se ao processo social e histórico da época, associado, ainda, a idéia de razão, desenvolvimento intelectual e científico que estão presentes nesse momento. Ulteriormente, pretendemos retomar tal contextualização histórica.

¹⁸ Observamos por diversas vezes durante nossa estada na INVERSO, usuários que relatavam situações de discriminação sofridas por serem identificados como CID-10, especialmente quando se tratava de entrevistas ou tentativas de emprego.

mentais e comportamentais inclusos na CID-10: a depressão, o retardo mental, a esquizofrenia, os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, transtornos delirantes, transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao *stress*, transtornos alimentares, como a anorexia, entre outros.

Ao contrário do que se poderia pensar, os transtornos mentais e comportamentais sempre estiveram entre nós, sendo que a cada época e em cada sociedade assumiram uma conotação diferenciada. Além disso, nem sempre foi razão de estigma, marginalização e exclusão, tendo sido, em sociedades tradicionais africanas, por exemplo, indicador de boa relação e predileção perante os deuses. Alexander & Selenisck (1980) citam os índios norte-americanos e o povo Osa-Kaffirs da África do Sul, como povos onde uma convulsão ou estado de transe e alucinação poderia determinar a escolha de um homem que se tornaria o médico-feiticeiro do clã, simbolizando, assim, *status* e poder no contexto daquele grupo social.

No entanto, na maior parte da história conhecida, sobretudo nas sociedades ocidentais, a loucura, demência ou alienação, como eram chamadas, estiveram associadas às possessões demoníacas, marginalização, má conduta e à imoralidade. Em outras situações estiveram associados também ao gênero, quando na Europa renascentista, mulheres foram perseguidas pela Igreja Católica por não terem sua sexualidade controlada e por estimularem a licenciosidade dos homens. Todavia, hoje se tem conhecimento de que os transtornos mentais não são exclusivos de um grupo ou sociedade específica, nem tão pouco de mulheres ou homens, ainda que haja diferenças no que se refere à prevalência de determinados tipos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde-OMS, atualmente os transtornos mentais e comportamentais atingem mais de 25% da população mundial em diferentes fases da vida. Entre os fatores relacionados com o aparecimento e a prevalência estão a idade, o sexo, a condição econômica, o contexto social, conflitos pessoais e profissionais, doenças físicas graves e até catástrofes (OMS, 2001). É importante ressaltar que os transtornos mentais e comportamentais estão presentes entre mulheres e homens, nos países ricos e pobres, nas áreas urbanas e rurais, porém, alguns fatores conjugados podem determinar a prevalência de um transtorno em dado contexto, como, por exemplo, a predominância da depressão entre pessoas do sexo feminino e os transtornos decorrentes de uso de substâncias, no sexo masculino.

2.2 Contextualização histórica da loucura

Conscientes da impossibilidade de desenvolvermos toda uma história da loucura nesta dissertação, até por não ser este o objeto de nossa pesquisa, ainda assim, consideramos indispensável fazermos, pelo menos, uma breve retomada histórica por entendermos que esta é fundamental para a compreensão do processo histórico que desencadeou a percepção de doença mental presente na atualidade. Além disso, faz-se necessário termos em mente que quando nos referimos à história da loucura nas sociedades, na maior parte das vezes estamos nos referindo às sociedades ocidentais, uma vez que esta é a história que nos está mais acessível.

No decorrer da história, é possível identificarmos construções sociais acerca de doenças, características ou outros elementos, que resultavam em processos de estigmatização e segregação. A relação entre aquilo que é desejável e aceitável em dada sociedade, seus costumes, sua economia, a ordem social e política, entre outros elementos, e a forma como a doença se manifesta no sentido de impedir que o indivíduo venha a desempenhar os papéis que lhe são impostos socialmente, é o que pode determinar o modo como esta doença será representada pela coletividade. Como exemplo, podemos citar a lepra que, até a Idade Média, foi alvo de repulsa e aversão da sociedade, representando uma das principais razões de segregação e de aplicação de medidas de distanciamento do convívio social.

Isto é que nos mostra Michel Foucault em sua *História da Loucura na Idade Clássica* e até mesmo por outros estudos que se dedicou ao longo de sua vida, onde mesmo a loucura não tendo aparecido como objeto principal, figurou de formas relacionadas, sendo que suas abordagens apresentam-se como um referencial para a compreensão de todo esse contexto. Muito mais do que a simples história da loucura, que já poderia estar presente no campo da história da psiquiatria, Foucault reflete sobre as mudanças na percepção sobre a loucura e como se dá a medicalização do doente mental, demonstrando, assim o surgimento do discurso psiquiátrico. O marco inicial do estudo da loucura em Foucault (1993) é o desaparecimento da lepra no Ocidente e o conseqüente esvaziamento das instituições onde os portadores desta doença eram segregados. Diante do controle e da diminuição desta doença no final do período medieval, gradativamente aquelas instituições – então denominadas leprosários – passam a reunir outros tipos de pessoas que, assim como os leprosos, compartilhavam o estigma

daqueles que não deveriam conviver com a sociedade: os portadores de doenças venéreas e os loucos.

No entanto, por intermédio da leitura de outros autores, foi possível identificarmos referências acerca da loucura, anteriores à Idade Média e que pensamos ser interessantes para o nosso trabalho. Retornando, por exemplo, à civilização babilônica¹⁹, onde médicos-sacerdotes eram responsáveis pelo tratamento das doenças internas e, especialmente, das doenças mentais que estavam relacionadas às influências malignas e às possessões demoníacas. A cura oferecida pelos médicos-sacerdotes advinha de métodos mágicos e religiosos, assim, após diagnosticar a doença, o curador invocava os deuses e, entre eles, aquele que era especializado na cura da doença detectada. Assim como os deuses eram especializados para cada tipo de doença, também eram os demônios que a causavam, sendo que a insanidade mental era causada pelo demônio *Idta* (ALEXANDER; SELENISCK, 1980).

Ainda no contexto da medicina antiga, entre os egípcios as práticas médicas também estavam associadas à religião e à magia, no entanto, diferiam em alguns aspectos dos babilônicos, como no que se refere aos registros em seus papiros. Consta que em um de seus papiros localiza-se a primeira descrição do cérebro humano, sendo, ainda, reconhecido como o assento das funções mentais (CASTIGLIONI apud ALEXANDER; SELENISCK, 1980). Os procedimentos de registro das doenças, tanto entre os babilônicos, com suas tábuas cuneiformes, como entre os egípcios, foram muito importantes para o desenvolvimento da medicina, ainda que suas práticas fossem predominantemente mágicas e religiosas.

Posteriormente, na Grécia Antiga, deu-se o início de uma passagem da explicação sobrenatural das doenças, que passam a ser atribuídas às causas naturais, sobretudo por Hipócrates (460 – 377 a. C), considerado hoje o Pai da Medicina. Entre as teorias dessa época, destacamos a teoria dos quatro elementos na qual fogo, terra, água e ar estão relacionados aos quatro humores do corpo, que eram sangue, fleuma, bílis amarela e bílis preta, localizados, respectivamente, no coração, no cérebro, no fígado e no baço. Esta teoria também era chamada de teoria dos humores e ao desequilíbrio dos referidos humores era atribuída a causa básica das doenças. Nesse sentido, podemos reconhecer ainda neste período uma sobreposição do conhecimento racional sobre as idéias místicas que se sobrepunham anteriormente.

¹⁹ A Babilônia ganhou importância no II milênio a. C., quando Hamurabi (1793 – 1750 a. C.), sexto rei desta dinastia a tornou sua capital. (LAROUSSE CULTURAL, 1998).

Entre os médicos hipocráticos que se deu a primeira classificação das doenças mentais, tendo sido incluídas nesta tipificação as seguintes doenças: epilepsia, mania, histeria, melancolia e paranóia. Vale ressaltar, neste contexto, as observações acerca da histeria que segundo suas teorias era ocasionada pela má posição do útero que teria se desprendido da cavidade pélvica. Inspirados nos egípcios, para tratar seus sintomas recomendavam em alguns casos a fumigação da vagina e em outras situações o casamento e a frequência de relações sexuais (ALEXANDER; SELENISCK, 1980)²⁰.

É interessante observar que mesmo diante das transformações nas abordagens sobre as doenças mentais nos diferentes períodos acima explicitados, em todos eles a loucura era conferida uma causa, assim como um tratamento. Seja por métodos mágicos e religiosos, seja por um conhecimento racional e pela explicação fundada em causas naturais, ao contrário do que aparece em períodos posteriores, a loucura não revela-se como motivo de perseguição, segregação e marginalização. Esta aparição dotada de significado moral é resultado de um processo social e histórico que só vai ocorrer tempos depois, conforme pretendemos demonstrar à frente.

2.2.1 Do período medieval à Renascença

O início da Idade Média é intensamente marcado pela presença do Cristianismo, que vai influenciar a sociedade de modo geral, suas práticas, seus modos e suas diferentes formas de pensamento, inclusive, sobre as doenças. A insegurança e o medo provocados pela crise do Império Romano assolavam o povo que, se antes se apegavam aos deuses, agora se apegavam ao Deus cristão e aos Santos. Não tão diferente do que ocorria entre os babilônicos e os egípcios onde deuses eram responsáveis pela cura de doenças, também os Santos da Igreja Católica passam a ser encarregados pela prevenção e cura de doenças.

Desse modo, a “ciência médica” que vinha se desenvolvendo acaba sendo interrompida pelos desmandos da fé cristã, que em nome de Deus provocou não apenas a estagnação do que estava sendo desenvolvido, como também retrocedeu, sobretudo no que diz respeito ao

²⁰ O termo histeria advém do grego *hystera*, que significa útero, por isso, neste período acreditavam que a histeria era uma doença exclusiva de mulheres, uma idéia que perdurou até meados do século XIX, e que, não raro, aparece ainda hoje seja como termo pejorativo atribuído às mulheres, seja entre alguns médicos que permanecem com uma visão ultrapassada e infundada.

tratamento mental que passa a ser sinônimo de exorcismo. Além disso, aqueles que insistiam em dar continuidade aos estudos iniciados pelos hipocráticos na Grécia Antiga, eram impedidos pelo dogma cristão que não permitia, sequer, o conhecimento da anatomia humana em sua totalidade.

Nessa perspectiva, as doenças consideradas fisiológicas e orgânicas ainda eram tratadas, mesmo que de forma limitada, pelos médicos leigos, enquanto que aquelas derivadas de problemas da mente, eram de domínio dos sábios clericais (ALEXANDER; SELENISCK, 1980). Estes que realizavam os exorcismos, adeptos da demonologia, acreditavam que as perturbações mentais eram causadas por alguma força externa, corpo estranho ou invasão de demônios, culpando, por todas as mazelas da mente e da alma, os feiticeiros, ou melhor, as feiticeiras.

Partindo deste entendimento e para melhor compreendermos as práticas que estão por vir, interessante é compreendermos o início do período renascentista que é marcado pela retomada das letras, das artes, das escolas filosóficas e pelo retorno à cultura clássica, sendo caracterizado, então, pelo surgimento do que chamamos de humanismo. Tal contexto remonta a um momento de grandes transformações, em que algumas instituições sociais entravam em declínio, como o feudalismo e a Igreja Católica que era alvo dos ataques dos precursores da Reforma Protestante. Neste contexto, o espírito renascentista também provocava reações de descontentamento e a urgência pela tomada de medidas que estabelecessem a ordem.

Uma das iniciativas tomadas, neste sentido, parte da Igreja Católica, que objetivava incitar um movimento antierótico, direcionado às mulheres, que segundo diziam, eram responsáveis pela estimulação da licenciosidade dos homens, que não podia mais ser tolerada. Os impulsos eróticos e condenáveis dos homens, inclusive dos monges e membros da própria Igreja, foram projetados sobre as mulheres, sob o argumento de que por despertarem as paixões nos homens, eram transmissoras do demônio (ALEXANDER; SELENISCK, 1980).

Assim, as mulheres que explicitassem um posicionamento contrário à Igreja ou que, de alguma forma, publicizassem suas fantasias sexuais, ou, ainda, que fossem consideradas doentes mentais, começaram a ser perseguidas como feiticeiras. Surge nesse momento um movimento coletivo de caça às feiticeiras que teria sido codificado na obra *Malleus Maleficarum* (1487) – O Martelo das Feiticeiras – de Johann Sprenger e Heinrich Kraemer, que rendeu aos autores uma aprovação do papa Inocêncio VIII para publicarem o *Manual da*

Inquisição. O *Malleus* defendia a destruição das feiticeiras²¹, que muitas das vezes eram mulheres que hoje seriam consideradas como portadoras de transtornos mentais, que não mantinham o controle esperado sobre sua sexualidade e que foram obrigadas a relatar seus desejos e fantasias sexuais diante do Tribunal da Inquisição²², antes de serem levadas à fogueira:

Toda a feiticeira provém de desejo carnal que existe em mulheres insaciáveis e três vícios gerais parecem ter especial domínio sobre mulheres más, a saber, infidelidade, ambição e luxúria. Portanto, são mais inclinadas para a feitiçaria [...] Sendo as mulheres insaciáveis segue-se que são mais profundamente contagiadas entre as mulheres ambiciosas aquelas que são mais ardentes em satisfazer seus desejos imundos (apud ALEXANDER; SELENISCK, 1980, p. 105).

Por outro lado, a explicitação e exaltação do corpo humano estiveram presentes em diferentes manifestações artísticas, inclusive aproximando médicos e artistas. Nesse sentido, podemos citar Leonardo da Vinci (1452-1519), que além de ser uma referência das artes da época, também era biologista, tendo estudado o corpo humano e adquirido profundo conhecimento de sua estrutura anatômica, o que pôde representar em suas obras. A imagem da loucura também não passou despercebida aos artistas da época e suas percepções perpassavam duas linhas entre o fascínio e a expressão da verdade humana.

A Renascença também marcou o início da busca de uma verdade sobre os homens, de um conhecimento empírico fundamentado na observação e na experiência, mesmo que do outro lado estivesse a Igreja e todas as superstições que ainda se mostravam muito fortes nesse período. Sobre as doenças mentais, estas permaneceram por quase todo o período ligadas ao imaginário supersticioso que as justificavam pela posse demoníaca e pela feitiçaria. Ainda

²¹ Refletindo sobre o *Martelo das Feiticeiras*, Rose Marie Muraro, mostra como por um determinado momento, na alta Idade Média, a condição feminina floresce, diante do acesso às artes e à literatura, e como mais à frente vieram a representar uma ameaça em função de deterem um conhecimento específico acerca da cura das doenças ou sobre o parto, o que, entre outras motivações, vai desencadear o fenômeno da caça às bruxas. Segundo a autora, citando dados levantados por Marilyn French, o número mínimo de mulheres perseguidas e queimadas vivas chega a cem mil. A transgressão política e a transgressão da fé foram ligadas à transgressão sexual pela Igreja, e as mulheres punidas por, segundo o *Malleus*, estarem essencialmente ligadas à sexualidade, o que as tornavam agentes do demônio.

²² “Deve-se reconhecer também que as feiticeiras acusadas muitas vezes favoreciam os planos de seus perseguidores. Uma feiticeira aliviava sua culpa confessando suas fantasias sexuais em tribunal público [...]”. E, ainda sobre o *Malleus*, Alexander afirma que descrevendo as orgias demoníacas entre demônios e endemoniadas, os autores “[...] procuravam satisfazer os impulsos voyeuristas dos inquisidores julgadores, recomendando que a feiticeira fosse despida e seus cabelos púbicos raspados antes de ser apresentadas aos juizes” (1980, p. 105/106).

assim, alguns estudiosos e médicos da época se posicionavam contrariamente à caça das feiticeiras e às crenças de que as doenças mentais seriam de caráter sobrenatural²³.

2.2.2 A Era da Razão e o Iluminismo

O período que segue ao renascentista é conhecido como a “Era da Razão e da Observação”, onde foi coroadado o conhecimento científico que já vinha sendo retomado desde então. O século XVII marca o surgimento do conceito de método científico como um procedimento útil para alcançar um objetivo, constituindo-se, dessa forma, como um dos alicerces da ciência moderna. Surge para a ciência, por intermédio de pensadores como Francis Bacon (1561-1626) e René Descartes (1596-1650), os raciocínios indutivo e dedutivo, sendo estas grandes contribuições para o desenvolvimento de um método geral de conhecimento.

A despeito de Descartes, é importante ressaltarmos o ponto de partida de seu raciocínio e que se tornou o símbolo de uma época, o “*cogito, ergo sum*” ou “penso logo existo”. Descartes (1996, p.258) tem certeza do *cogito* e diz que não se compara aos insensatos, “[...] cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando estão inteiramente nus [...] São loucos” e acrescenta que “não seria menos extravagante se” seguisse o exemplo deles. Para o filósofo a essência do homem é ser racional. Consideramos que tal declaração simboliza o quão importante tornou-se a razão, o raciocínio lógico e científico que passou a representar o caminho para a verdade, se sobrepondo à fé e à religião. Refletindo sobre as conseqüências históricas deste processo, é possível compreendermos como a cidadania, retomada no período moderno, não foi estendida aos loucos da época, já que para existir e ser reconhecido como sujeito, necessário seria também o reconhecimento de sua racionalidade.

Ainda no século XVII, Alexander & Selesnick (1980) destacam as contribuições de Spinoza (1632-1677), que ao se contrapor à dicotomia entre mente e corpo defendida por

²³ Johann Weyer (1515-1588), médico belga inspirado em Hipócrates e que se destacou como um dos principais críticos da caça às bruxas, buscou, com pouco sucesso, demonstrar que as doenças mentais tinham causas naturais, lutando pelo direito de tratar das pessoas que por elas eram afligidas, atuando com a observação de casos individuais (ALEXANDER & SELENISCK, 1980).

Descartes, propunha uma visão unificada do mundo que tinha como princípio fundamental a idéia de que “mente e corpo seriam inseparáveis porque são idênticos; o organismo vivo experimenta seus processos corporais psicologicamente, como afetos, pensamentos e desejos” (p. 141). Diante de tal teoria e de suas investigações sobre os estados emocionais, suas contribuições foram muito significativas para o desenvolvimento dos estudos sobre a mente humana no século seguinte.

Inaugura-se, diante do exposto, uma preocupação em estabelecer um conhecimento racional para que a loucura viesse a ser compreendida e dominada, assim como os demais objetos de investigação que a ciência pretendia desvendar. Dessa forma, o século XVIII, conhecido como o período iluminista, recebeu a herança empírica, racional e observacional do século XVII, dando continuidade ao desenvolvimento das idéias científicas. Agora, o pensamento dedutivo como norteador das investigações científicas e médicas é definitivamente substituído pela experimentação. Com isso as doenças começam a ser classificadas e diagnosticadas com um pouco mais de exatidão. Este é um período muito importante para a compreensão histórica da doença mental e pretendemos retomá-lo no próximo tópico com mais profundidade.

Assim, antes do século XVII, a loucura, por si só, não era motivo para a privação do convívio social. Tal situação só ocorria em situações extremas, quando a pessoa considerada louca pudesse trazer algum risco para outros indivíduos. Com a construção das instituições asilares no século XVII, a forma de perceber e conviver com os loucos se altera, estes passam a viver encarcerados e privados de todos e quaisquer direitos (FOUCAULT, 1993). É somente no início do século XIX que a imagem da loucura é diferenciada e associada à idéia de anormalidade, tendo sido difundido o internamento como prática terapêutica. Esta transformação se deve ao processo de racionalização, relacionado às noções de normalidade e ordem social que se manifestam nesse momento.

2.3 A institucionalização da loucura

A transformação das representações da loucura que ocorre no início da Idade Moderna, deixando de estar atrelada simplesmente às categorias marginais da sociedade, mas passando a se relacionar com a constituição de um saber médico que lhe dá ressignificação de doença mental, vincula-se às novas condições sociais, políticas e econômicas instauradas nesse período (AMARANTE, 1995). É diante do que Weber chama de desencantamento do mundo, com o desenvolvimento científico e o processo de intelectualização, que as novas formas de tratar e perceber a loucura são construídas na modernidade.

A criação da instituição hospitalar e da clínica está inserida em um processo no qual a medicina apresenta-se como uma instituição responsável pela assistência aos doentes e possuidora de um limitado domínio sobre as doenças. Durante a Idade Média, os hospitais tinham um caráter de estabelecimento de assistência social, voltando-se para o abrigo de pessoas doentes, desprovidas de recursos, que poderiam trazer algum risco à vida nas cidades como mendigos, imigrantes, portadores de doenças contagiosas, entre outros²⁴. O próprio termo hospital, etimologicamente, deriva do latim *hospitale* que refere-se à “casa para hóspedes”, hospedaria ou onde se pratica hospitalidade, o que podemos relacionar ao sentido das práticas de caridade da Igreja Católica de prover abrigo e alimentos aos desamparados, e, sobretudo, pregar os princípios cristãos.

Apesar da importância atribuída ao hospital já neste período, ainda não era reconhecido como uma instituição médica, muito mais como uma instituição filantrópica. O desenvolvimento de práticas médicas não se relacionava, até então, com as práticas hospitalares. Antes do século XVIII, o hospital apresenta-se como um local de abrigo de indigentes, onde encontram-se loucos, prostitutas e outras categorias marginais, e como um instrumento de exclusão e transformação espiritual, ainda afastada da função médica (ORNELLAS, 1997).

Somente em meados do século XVIII é que o hospital e a medicina deixaram de estar separados. A medicina é incorporada ao hospital e a instituição hospitalar começa a ser percebida como um instrumento terapêutico. É o final daquele século que presencia o processo

²⁴ Os riscos aos quais nos referimos tratam-se da segregação de grupos populacionais considerados perigosos para a vida nas cidades.

denominado por Foucault (1990) como o “nascimento da medicina social”²⁵, que posteriormente vai orientar o desenvolvimento da medicina contemporânea. Este processo de “medicalização” do hospital relaciona-se, também, com as transformações sociais, econômicas e políticas que ocorriam na Europa, e com o novo papel assumido pela ciência como representante do discurso de verdade, e que é apropriado pela medicina ao constituir um saber sobre as doenças, fundamentado no modelo epistemológico das ciências naturais.

A medicina científica do século XVIII está ligada às ciências da vida. As novas preocupações que passaram a integrar o universo das práticas no desenvolvimento da “medicina social”, sobretudo na França, possibilitam o contato entre a medicina e outras ciências não-médicas, como a física e a química. É somente com a utilização de conceitos da biologia, da anatomia e da fisiologia que a medicina científica rompe com o saber clássico.

Ainda assim, mesmo diante da medicalização dos hospitais, as instituições asilares permanecem diferenciadas tendo em vista a indeterminação do louco como doente. Estas permanecem identificadas com os modelos de instituições assistenciais da Idade Média, apresentando-se não como um local de tratamento, mas de recolhimento e segregação. Sua função é recolher os doentes e se possível dar-lhes a cura. Mas, além disso, possui um caráter carcerário, como uma instituição de controle e disciplina onde estarão sob a sua vigilância aqueles que põem em risco a ordem social. A ambigüidade do funcionamento destas instituições aparece não apenas no sentido de que contrariam o próprio desenvolvimento da medicina como detentora do conhecimento sobre a doença, como também por terem acumulado a função do controle do espaço social.

²⁵ Foucault identifica três fases que caracterizam a formação da medicina social. A primeira seria a “medicina do Estado”, no início do século XVIII na Alemanha, que tinha como foco central a melhoria dos níveis de saúde da população através da observação da morbidade populacional, da normalização das práticas e saberes médicos, da implantação de um sistema de controle das atividades médicas e da colocação do médico como agente do Estado e administrador sanitário. A segunda etapa, definida como “medicina urbana”, estaria localizada na França, no final do século XVIII, e seria uma consequência do processo de urbanização que ocorria naquele país. Diante das crescentes transformações do espaço urbano, tornou-se necessário e urgente a reorganização desse espaço, e o fizeram identificando os possíveis locais de acúmulo de tudo o que pudesse vir a reproduzir doenças, controlando a circulação da água e do ar, e ordenando os sistemas de água e esgoto (aparecimento da higiene pública). Além disso, a urbanização e a industrialização fizeram com que o espaço urbano se caracterizasse como um cenário de tensões e conflitos que precisavam ser controlados, com o fim de unificar a cidade política, econômica e socialmente. A última fase que o autor se refere é a “medicina da força de trabalho”, constituída como um instrumento de controle da saúde das classes pobres para torná-las aptas ao trabalho e para que não trouxessem riscos à saúde da classe burguesa. Em meados do século XIX, a Inglaterra passava por um processo de acumulação e concentração de riquezas, onde a pobreza passa a ser identificada como uma ameaça à ordem pública e por isso tornou-se objeto das políticas e práticas médicas.

Neste contexto, foram inseridas no espaço hospitalar técnicas disciplinares que possibilitassem a sua medicalização e a transformação do saber médico. Estas técnicas caracterizam-se por uma nova distribuição de indivíduos e vigilância constante, bem como pela intervenção médica sobre o meio hospitalar. Dentre outras medidas, surge a preocupação com a disposição interna e a localização externa do hospital; a dominação sobre as relações de poder no interior do hospital, que até o início do século XVIII era destinada aos religiosos, passa a ser dos médicos; e é constituído um registro permanente para identificação de tudo o que ocorre no hospital e de todos aqueles que ali se encontram (FOUCAULT, 1990).

A prática do internamento passa a ser cada vez mais difundida, assim como a associação entre a loucura, a pobreza, a incapacidade para o trabalho e a impossibilidade de integração social. Além disso, os loucos dividem o mesmo espaço prisional com os doentes venéreos e os considerados devassos, agrupando, assim, todo um conjunto de condutas condenadas pela moral da época. O universo da internação reúne todos aqueles que representavam uma ameaça à preservação das famílias e dos princípios religiosos, conforme observa Foucault (2000, p. 78) quando afirma que o internamento era reservado aos que “[...] em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’ [...]” e acrescenta, ainda, que:

O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. [...] A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas. (p. 79)

O prosseguimento histórico social e político da sociedade europeia é que vai determinar as transformações pelas quais vão passar as instituições de internamento. A Revolução Francesa, em defesa dos princípios de igualdade, liberdade e fraternidade, destituiu o Estado Absolutista e o poder do clero, determinando que outras instituições sociais fossem também remodeladas. Este é o momento em que a verdade deixa de estar atrelada aos mitos sobrenaturais ou às explicações místicas, para ligar-se ao mundo positivo, racional, dominado pelo homem e que determina um novo lugar para a verdade.

Os ideólogos da Revolução sentiam que o internamento ainda representava o modelo do Antigo Regime, e, por isso, precisava ser transformado. Observa-se, ainda, que a força de trabalho vinha tornando-se cada vez mais necessária, por isso, o internamento daqueles que poderiam estar aptos para o trabalho deixa de ser interessante para a sociedade burguesa. Dessa forma, foram implementadas políticas de apoio para que os internos pudessem ser tratados juntamente com suas famílias. Entretanto, aos loucos a garantia de liberdade poderia trazer riscos para a própria família e para a sociedade, o que os manteve internados. Agora as instituições de internamento são habitadas somente por loucos e começam a apropriar-se de uma nova significação: de instituição médica.

Com o fim das lendas e mitos explicativos sobre a loucura, novos elementos vão integrar as suas causas. A loucura passa a ser objeto de observação e procura-se obter um conhecimento objetivo acerca de seus sintomas. Passa, ainda, a ser reconhecida como doença, ganha caráter médico. As instituições de internamento também tornam-se instituições médicas e as práticas médicas passam a integrar o seu universo. O médico que não tinha um lugar específico neste contexto assume função essencial, no sentido de constituir uma nova autoridade sobre o conhecimento sistematizado da loucura e dar-lhe causa positiva.

Segundo Robert Castel (1991), a medicalização da loucura envolve a determinação de um novo *status* jurídico, social e civil do louco, que é atribuído em função do novo caráter das instituições. Segundo afirma, seria o reconhecimento do louco como alienado, que perdura por longo tempo, em um estado de minoridade social. Ao refletir sobre o caráter das instituições de internamento, Roberto Machado (apud AMARANTE, 1996) não as percebe como instituições médicas, mas como estruturas semijurídicas situadas entre a polícia e a justiça, que atuam, ao mesmo tempo, como entidades assistenciais e administrativas, mas que vão permitir o nascimento da psiquiatria. Na medida em que é necessário observar e conhecer a loucura, para, enfim, identificar as suas causas, o hospício e o modelo de internamento tornam-se adequados aos fins da percepção médica.

Assim é que se deu o nascimento da clínica, da anatomia patológica e a transformação do hospital em um espaço adequado às novas classificações das doenças. O médico Philippe

Pinel²⁶ assume um importante papel no sentido de apresentar-se como um dos fundadores da clínica médica e da própria psiquiatria, bem como por desacorrenatar os alienados e inscrever suas alienações na nosografia médica, com o fim de buscar uma verdadeira base científica para conhecer os fenômenos através da observação empírica (AMARANTE, 1996).

O conjunto de mudanças propostas por Pinel foi definido por Castel (1991) como a “tecnologização pineliana”, que seria composta por três etapas: o isolamento do mundo exterior, que possibilitaria uma melhor observação do objeto a ser estudado; a organização do espaço asilar, pela ordenação do espaço institucional, tanto no sentido físico da instituição como identificando e agrupando as doenças por semelhanças e diferenças²⁷; e, enfim, constituição de uma relação “terapêutica” fundamentada na autoridade do médico, o alienista que imporia diversas estratégias com o fim de reeducar a mente alienada através do “tratamento moral”.

É a partir de Pinel que a loucura passa a receber o estatuto teórico de alienação mental, o que implicará em consideráveis mudanças nas representações acerca da loucura, na forma como a sociedade vai lidar com ela e nas possibilidades terapêuticas para o seu tratamento. Através do tratamento moral, Pinel levanta a possibilidade de curar a loucura, entendendo que a alienação mental²⁸ é produto do distúrbio da paixão, inserido na própria razão. O alienado mental seria aquele que se deixa dominar por paixões fantasiosas, afastadas da realidade objetiva (AMARANTE, 1996).

²⁶ Philippe Pinel, médico francês, foi nomeado médico-chefe do hospital de Bicêtre em 1793, onde libertou os “loucos” das correntes com que eram presos nas celas.

²⁷ A passagem da loucura para a alienação mental e o processo de classificação ao qual é submetida é descrito por Machado de Assis: “[...] o alienista procedeu a uma vasta classificação dos seus enfermos. Dividiu-os primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo aturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; inquiria da vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie, antecedentes na família, uma devassa, enfim, como a não faria o mais atilado corregedor” (O Alienista, 1991, p. 10).

²⁸ Entendemos o conceito de alienação como uma condição de não-reconhecimento do sujeito acerca de suas próprias possibilidades de agir no sentido de modificar a sua realidade ou o meio em que está inserido e, ainda, sem se reconhecer enquanto parte desse processo. Nas reflexões de Marx sobre as relações e configurações do trabalho na sociedade capitalista, o conceito de alienação torna-se fundamental para a compreensão dos processos de dominação e de estranhamento do indivíduo que, ao vender sua força de trabalho, não se percebe mais como agente transformador da realidade.

Entretanto, a prática do internamento nesta época está associada a procedimentos como isolamento, interrogatórios, rigor disciplinar, duchas de água fria como punição, sangrias, cadeiras giratórias, entre outras práticas (ALEXANDER; SELESNICK, 1980). Além disso, o tratamento moral proposto por Pinel baseava-se não somente no rigor disciplinar do asilo, como também na imposição do trabalho. O trabalho como terapia seria um remédio eficaz contra o delírio e resgataria o alienado à realidade.

Foucault criticou intensamente as práticas instituídas por Pinel que, segundo ele, mesmo tendo libertado os acorrentados e eliminado, em parte, os instrumentos que reprimiam fisicamente os doentes mentais, teria, ao mesmo tempo, reconstituído “[...] um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento [...]” (2000 p. 82). O alienado mental tinha que ser vigiado e controlado, contido e submetido, a todo momento, a punições no sentido de levá-lo a manter uma conduta normal, em conformidade com os padrões impostos pelos médicos, que para Foucault seriam “os agentes das sínteses morais”.

Uma outra questão levantada por Foucault (2000), e por outros críticos deste modelo psiquiátrico, é a relação do trabalho com a terapia, um dos pilares do tratamento proposto por Pinel. A obrigação do trabalho no interior das instituições psiquiátricas relaciona-se com o próprio custeio de seu funcionamento, mas também tinha uma função coercitiva e de controle moral. Tratando-se de um momento de consolidação da sociedade burguesa, a ociosidade passa a ter um novo significado e a incapacidade para o trabalho é considerada como critério de definição para a anormalidade. A contradição que existe nesta relação é a aparente busca pela “desalienação” do alienado mental, através de um trabalho alienante²⁹.

O fim do século XVIII foi marcado pelo surgimento de denúncias contra a internação, contra a marginalização das pessoas acometidas por transtornos mentais e as formas de tratamento médico assemelhadas às torturas. Ressaltamos que não se trata, ainda, do mesmo tipo de denúncia e reivindicação de direitos presentes no decorrer do século XX, contudo, sob a influência da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, dos ideais

²⁹ As contradições presentes na inserção ou imposição do trabalho como terapia também, como já nos referimos, foi analisada por outros autores como David Cooper (1989), na obra *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, ao mencionar a ilusão da crença de que os pacientes psiquiátricos desocupados tornar-se-iam “pacientes crônicos” ou “retraídos”. Ao contrário, para Cooper, se os pacientes forem submissos às tarefas que lhes são impostas, aí sim se encaixariam no rótulo de “retraimento crônico institucionalizado”.

iluministas de liberdade e igualdade, podemos perceber os primeiros movimentos neste sentido.

2.3.1 Outras contribuições e críticas à psiquiatria

Para compreendermos com clareza como se desenvolve o processo desencadeado pela psiquiatria, seus modos de tratamento e percepção sobre a alienação mental, bem como as críticas sobre esse modelo, é interessante percebermos como tal desenvolvimento vai ocasionar os movimentos de reforma psiquiátrica e a busca por novas formas de tratar a loucura. Portanto, faz-se necessária a apresentação das novas contribuições que vão influenciar o modelo de assistência psiquiátrica e das críticas que a psiquiatria clássica vai receber, para apreendermos como se deu o surgimento dos movimentos sociais em saúde mental.

Podemos inferir do que já foi exposto até aqui, que as explicações de Pinel sobre a causalidade da alienação mental permanece no plano da moralidade. Este seria um dos principais problemas a serem enfrentados pelos alienistas, pois o desenvolvimento da anatomopatologia³⁰ e da clínica médica, contraria as explicações de doenças estritamente morais. Esquirol, dando continuidade ao modelo pineliano e acreditando no tratamento moral, tenta responder aos novos questionamentos dos anatomopatologistas, mas diante das novas descobertas sobre lesões cerebrais, começa a introduzir novos elementos em seu sistema explicativo (AMARANTE, 1996). Uma outra dificuldade enfrentada pelo alienista é que o tratamento moral exigia um acompanhamento e observações individuais, o que tornou-se, ao longo do tempo, cada vez mais difícil, diante do grande número de internados (DESVIAT, 1999).

Conforme é descrito por Amarante (1996), o próximo marco nos saberes sobre a alienação mental, seria a “doutrina das degenerações” de Morel. Apesar de inicialmente acreditar que para explicar a doença mental seriam necessários aprofundados estudos sobre a vida emocional dos pacientes, influenciado pelos conceitos evolucionários de Darwin, identificou que agentes externos, como o álcool, poderiam predispor o indivíduo à

³⁰ A anatomopatologia é o ramo da medicina que estuda as alterações estruturais, que resultam de processos patológicos, de órgãos, tecidos e células.

degeneração. Além disso, defendia que o fato de uma geração de indivíduos ser nervosa poderia dar origem a outras gerações ainda mais nervosas, seguida de gerações psicóticas, que, posteriormente, poderiam criar gerações de dementes para que a família se extinguisse (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

Desde então, foi retomado o debate entre o físico e o moral para encontrar explicações sobre a alienação mental. A teoria de Morel teria sido uma das mais organicistas, afirmando que as “degenerações” teriam caráter hereditário e reconduzindo a psiquiatria do tratamento moral. Uma das questões que passa a ser suscitada a partir destas considerações, foi a relação entre os criminosos e o fenômeno biológico degenerado. Segunda esta teoria, defendida por Cesare Lombroso, os tipos criminosos poderiam ser identificados conforme suas fisionomias, mas logo essa tese foi desacreditada (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

No final do século XIX, novas questões são partes do discurso psiquiátrico e sobressaindo-se a teoria da “predisposição” de Kraepelin, que funda uma sistemática nosológica, considerando aspectos como a etiologia e as condições de aparecimento da doença, mas também a tendência à predisposição, a sintomatologia, a idade, o sexo, os costumes etc. (AMARANTE, 1996). Mas, segundo Alexander & Selesnick (1980), devido à sua inclinação ao organicismo, não teria considerado os aspectos psicológicos e motivacionais, que já vinham integrando as reflexões de psicólogos e filósofos que definiram os indivíduos como personalidade.

Assim é que, aos poucos, na contramão das explicações organicistas, vão sendo concebidos novos saberes no discurso psiquiátrico, que irão constituir novas representações sobre a loucura e outros modelos terapêuticos. E, aqui, não podemos deixar de citar as contribuições de Freud e o desenvolvimento da teoria psicanalítica. Desde o início da carreira, Freud percebeu que a cura das doenças estava relacionada à compreensão de sua natureza, o que implica em observações sistemáticas sobre o fenômeno. Inicia, então, o processo de validação da psicanálise como método de investigação e parte para a explicação psicológica do comportamento humano (ALEXANDER; SELESNICK, 1980). As teorias de Freud sobre o inconsciente e o tratamento psicanalítico, ressignificaram a doença mental como patologia do psiquismo e trouxeram importantes contribuições para a psiquiatria. Sobre a perspectiva freudiana, Foucault (1993) sublinha que:

Freud retomava a loucura ao nível de sua *linguagem*, reconstituía um dos elementos essenciais de uma experiência reduzida ao silêncio pelo positivismo. Ele não acrescentava à lista dos tratamentos psicológicos da loucura uma adição maior; reconstituía, no pensamento médico, a possibilidade de um diálogo com o desatino (1993, p.338).

Mesmo que Pinel já tivesse afirmado que a doença mental é uma conseqüência das experiências de vida do indivíduo, o fez em termos vagos, mas Freud retoma o sentido de tal afirmação com a preocupação de torná-la operacional. No âmbito da pesquisa de personalidade, Freud incluiu uma observação metódica, substituindo as investigações puramente filosóficas, pelo estudo real das pessoas individualmente. Propôs, ainda, o que conhecemos como psicobiografia, onde além de rever o histórico dos sintomas da doença, considera a história da pessoa.

O reconhecimento de que os pacientes psiquiátricos estão sujeitos ao seu ambiente social desencadeou a reflexão destes como membros da sociedade e o desenvolvimento de novas técnicas psicoterapêuticas para tratar os pacientes em grupo. Aos poucos surge a então denominada psiquiatria social que, além da terapia de grupo, seguidamente, vai incluir em suas práticas as comunidades terapêuticas e a terapia de família. Estas transformações estão relacionadas ao período posterior à Segunda Guerra Mundial, que gerou profundas reflexões sobre as relações humanas, que atingiram a psiquiatria e as formas de lidar com as enfermidades mentais. Somado a isso, a sociedade européia passava por um momento de reconstrução, onde a situação social e econômica ainda era muito precária, sendo assim, fazia-se necessário recuperar a mão-de-obra improdutiva.

A psiquiatria social ainda pode ser vista como uma resposta às teorias da degenerescência e uma tentativa de transformar as representações da loucura, no sentido de demonstrar como os fatores sociais são responsáveis pela alteração do estado psíquico do homem. Neste contexto, encontramos as reflexões de Roger Bastide (1967) acerca da enfermidade mental, quando condiciona a sua existência às características de uma dada sociedade.

Como já nos referimos anteriormente, uma das práticas presentes na psiquiatria social é a formação de comunidades terapêuticas, que tinha como base primeira provocar transformações dentro do espaço institucional. Neste sentido, também será repensado o papel dos pacientes dentro das instituições, os envolvendo tanto nas discussões institucionais, como

também nos aspectos relacionados ao tratamento. David Cooper (1989) afirma que entre as principais condições para que uma comunidade seja terapêutica é possibilitar que “[...] as pessoas possam estar uma com a outra de maneira tal que efetivamente deixem cada uma delas a sós” (1989, p.99) e, segundo o seu posicionamento, as relações não eram construídas dessa forma.

Ao final da década de 1950, surgiu entre psiquiatras ingleses, um grupo que representava a “Antipsiquiatria”. Sua origem está nas iniciativas da psiquiatria institucional que visavam reformar os manicômios e reconstruir as relações entre médicos, enfermeiros e pacientes, mas passou a incluir entre os seus objetivos a extinção dos manicômios e a exclusão da noção de doença mental (COOPER, 1989; LAING, 1979). Entre os precursores da Antipsiquiatria estão David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, e, posteriormente, vieram a integrá-la Thomas Szasz, Franco Basaglia e outros.

A Antipsiquiatria pretendia dar voz aos “loucos” e valorizar os seus discursos como porta-vozes das desordens e tensões presentes na estrutura familiar. Assim, a loucura passa a ser percebida como fato social e a família a categoria central para a sua compreensão. Por isso, a instituição psiquiátrica não poderia reproduzir a estrutura social, nem, tão pouco, a familiar, como vinha acontecendo nas instituições naquele momento. Apesar de não haver um projeto terapêutico, pois a loucura não constituía objeto de tratamento e nem uma categoria médica, o modelo utilizado para lidar com o “louco” era inspirado nas comunidades terapêuticas, com algumas alterações.

Entre os pressupostos da Antipsiquiatria está a democratização das relações institucionais, e, desta forma, as abordagens para o acompanhamento dos “loucos” se dariam em instituições abertas, onde estariam protegidos da violência da psiquiatria institucional. Eram realizadas reuniões periódicas entre pacientes, entre estes e suas famílias, e também com funcionários. Segundo Cooper, nas experiências que relata, as práticas da antipsiquiatria impulsionaram a queda da porcentagem de readmissões, se comparada aos “tratamentos” da psiquiatria tradicional. Para o autor, “na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir, de fato, a violência em psiquiatria que é preeminentemente a violência da psiquiatria” (1989, p.31).

As práticas das comunidades terapêuticas – não as relacionadas com a antipsiquiatria – deram origem a outros modelos de assistência psiquiátrica, como a psiquiatria de setor na

França e a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos. Interessante mencionar, ainda, o trabalho de Monik Elkaim que percebe falhas nos tratamentos psicoterápicos das famílias, onde a estrutura familiar é responsabilizada pelas enfermidades. Atenta que o tratamento é necessário, mas deve ser acompanhado de uma educação voltada para a democracia participativa, os induzindo à organização em grupos. Para Elkaim, se os serviços de assistência psiquiátrica não atuassem dessa forma, seriam apenas cúmplices do processo de marginalização e da alienação os quais as famílias são sujeitadas (SERRANO, 1982).

Elkaim propõe que sejam consideradas alternativas à psiquiatria comunitária e juntamente com Guattari, Cooper, Castel, Jervis e outros psicólogos e psiquiatras, fundam a "Réseau Alternative à la Psychiatrie", em 1975. A Rede não pretende constituir-se enquanto partido ou sindicato, mas uma entidade que objetiva a troca de idéias sobre as possíveis alternativas aplicáveis aos modelos de assistência psiquiátrica na Europa, como também nas Américas.

Para a América Latina a Rede propõe o desenvolvimento de métodos e soluções locais, visando a libertar os povos da colonização psiquiátrica. Quer deter o avanço da psiquiatrização e insere as lutas por uma psiquiatria alternativa e por alternativas à psiquiatria entre as lutas pela independência sócio-econômica do Terceiro Mundo (SERRANO, 1982, p. 53).

Apesar de a filosofia defendida pela Rede não ter alcançado de forma decisiva as práticas psiquiátricas nos Estados Unidos, vários intelectuais dedicaram-se a criticar a difusão da psiquiatria comunitária instalada naquele país. Segundo Serrano (1982), a psiquiatria comunitária americana servia ao estímulo do consumo de drogas e serviços psiquiátricos, implantando nas consciências das pessoas a idéia de que as técnicas médicas têm o poder de resolver qualquer coisa. Thomas Szasz é um dos principais críticos a esse respeito, considerando que o internamento nunca era feito em benefício do doente, mas em proteção da sociedade e da família. Considerava que a psiquiatria atuava como instrumento de controle social, e que esta representava a violência da sociedade.

Podemos citar, ainda, Erving Goffman (1988; 2001), no contexto das críticas direcionadas ao conceito de anormalidade e aos estigmas que recaem sobre as pessoas que não se adequam às normas sociais. Ao investigar o cotidiano nas instituições asilares, prisionais, nos hospícios e internatos, percebe como as formas como se estabelecem as relações fazem

com que os internos assumam a condição de identidade que lhes é imposta. No caso dos hospícios, demonstra como os pacientes assumem o papel de doente, de membro de uma instituição fechada, abandonando sua identidade pessoal.

Enfim, apesar da existência curta da antipsiquiatria enquanto movimento e de as comunidades alternativas inglesas não terem permanecido, sua influência nas transformações dos modelos de assistência psiquiátrica e da sociedade são inquestionáveis. Também foi decisiva a sua influência sobre os movimentos na Itália, que, ao contrário da Inglaterra e da Alemanha, deram continuidade aos pressupostos daquele movimento através da associação denominada Psiquiatria Democrática, que surgiu em virtude das iniciativas propostas por Franco Basaglia e que desencadearam, posteriormente, a Reforma Psiquiátrica daquele país. As idéias de Basaglia foram difundidas por diversos países, inclusive no Brasil, onde esteve algumas vezes em conferências, congressos e reuniões³¹.

2.3.2 *A institucionalização da loucura no Brasil*

A cadeira de psiquiatria só foi incluída nos cursos de medicina do Brasil a partir do ano de 1881. Tanto as propostas de Pinel, como as relações entre a civilização e a loucura elaboradas por Esquirol³², no século XIX, foram seguidas pelos médicos brasileiros que já desenvolviam estudos acadêmicos referentes à alienação mental desde o início daquele século (ORNELLAS, 1997).

Na verdade, não existem registros antigos que demonstrem a situação dos alienados mentais no Brasil em tempos remotos, parecendo que esta permanecera silenciosa durante um longo período. A figura do doente mental aparece nas cidades brasileiras caracterizadas pelo sistema econômico rural pré-capitalista, onde a discriminação da população diante dos loucos ainda é pouco difundida. Já nesta época, é perceptível a diferenciação no tratamento entre os loucos pobres e aqueles de família com maior poder econômico. Estes, geralmente, eram mantidos em suas próprias residências, sob a proteção e vigilância de algum funcionário. Por

³¹ Posteriormente, voltaremos a refletir sobre as práticas de Basaglia na Itália e sua influência sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

³² Segundo o critério de Esquirol, os costumes públicos ou privados, bem como qualquer atividade humana, como divertimentos ou trabalhos, pode expor o homem a situações que possam vir a lhe causar algum tipo de alienação. A loucura é vista a partir da racionalidade médica enfatizando a necessidade de exercer o controle de condutas anormais. O modelo de Esquirol tem origem nas teorias pinelianas (ORNELLAS, 1997).

outro lado, a circulação dos insensatos pelas ruas das cidades já rogava a tomada de algumas providências – de cunho punitivo –, direcionadas àqueles que não eram cuidados por suas famílias.

A pessoa considerada louca desfrutou de uma certa tolerância social no Brasil. Segundo Paulo Amarante (1994), o marco da primeira intervenção estatal sobre a loucura no Brasil, é a chegada da Família Real no início do século XIX. Este período foi marcado por significativas mudanças no contexto da ordem social e econômica, como o início da integração do Brasil na ordem capitalista mundial. Entre outras medidas, era preciso controlar e ordenar o crescimento das cidades e, assim a medicina aparece para atuar no sentido do reordenamento do espaço urbano. Dessa forma, a medicina brasileira segue o modelo da medicina social do espaço urbano francesa.

Ainda sobre este contexto histórico, entre as novas condições que se tornaram de difícil adaptação para os “loucos” foi a questão da mão-de-obra, tão necessária para o sistema capitalista, mas que era ameaçada pelo quadro de anormalidade. Esta situação também gera a necessidade da criação de instituições específicas que pudessem controlá-los e que assegurasse os espaços públicos.

Em 1543 foi fundada a primeira Santa Casa de Misericórdia, em Santos-SP, que funcionava como abrigo de doentes, velhos, pobres e loucos. Mas o registro mais antigo de internação de cunho psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1817, na Santa Casa de João Del Rei, em Minas Gerais. Neste período, constam diversos registros de internações em outros estados brasileiros como na Bahia e em Pernambuco (MARCHEWKA, 2000). Em 1830, iniciam-se os primeiros protestos diante da situação dos loucos internados naquela instituição, sob a alegação de que esta não tinha nem a cura e nem o domínio da loucura, sugerindo, assim, a criação de hospícios direcionados para os alienados (ORNELLAS, 1997).

O grande marco da institucionalização da loucura no Brasil é a criação do hospício Imperador Pedro II, em 1852. Posteriormente, outros hospícios foram criados, todos norteados pelo princípio do isolamento desenvolvido pelas idéias de Pinel e, posteriormente, seguido por Esquirol. Ao descrever as possíveis causas da alienação, além dos costumes de liberdade, Esquirol critica o modelo de educação viciosa dada pelas famílias, questiona os critérios dos pais e esta seria uma de suas justificativas para o isolamento. Contudo, vale ressaltar que tal princípio só era imposto aos “loucos” pobres, os de família rica poderiam, até mesmo, ser

mantidos em suas casas. Isto, porque, muitas vezes, a própria família não tinha interesse de que seus “loucos” pudessem ser conhecidos. Quando estes eram internados, as condições de internamento eram diferenciadas, tanto com relação ao tipo de “hospedagem”, como também aos tipos de tratamento (ORNELLAS, 1997).

Seguindo as práticas psiquiátricas que já descrevemos anteriormente, além do isolamento como tratamento terapêutico, o modelo pineliano tinha como parte do processo de “cura” o reordenamento do espaço institucional. Visando estabelecer a ordem no interior das instituições, diversas medidas foram tomadas, entre elas a divisão dos doentes por sexo, não podendo haver qualquer contato entre homens e mulheres; uma segunda divisão entre classes, com quartos individuais, duplos e enfermarias gerais destinadas aos indigentes.

Dentre as condições essenciais para manter a ordem interna no interior dos hospícios estão, ainda, a vigilância permanente e a ocupação do tempo dos internos. Eram desenvolvidos diversos tipos de trabalho terapêutico, com fins de cura e de preservação da ordem, como oficinas de costura, móveis, jardinagem, entre outros. Contudo, a divisão do trabalho também era fortemente seletiva, no sentido de que os internos pobres ocupavam-se de tarefas braçais, enquanto os ricos ocupavam-se nas bibliotecas e no desenvolvimento de habilidades artísticas (ORNELLAS, 1997). É latente que os médicos brasileiros compartilhavam, com os alienistas europeus, os ideais positivistas, calcados nas noções de classificação e ordenação das doenças e dos doentes.

O Hospício Pedro II passou a ser alvo de diversas críticas e denúncias de injustiças e maus tratos por parte de médicos, enfermeiros e diretores. Além disso, apesar de definir em seu Estatuto que o recebimento de internos deveria ser restrito a doentes curáveis, encontravam-se abrigados no mesmo local crianças, velhos, vagabundos, bêbados, loucos etc. Apesar de os médicos já influenciarem os modos de tratamento dentro da instituição, ainda não tinham um lugar de autoridade neste contexto, na medida em que o hospício ainda se mantinha como espaço de acolhimento ou de hospedagem tanto de pobres e indigentes, como “loucos”, “não-loucos”, pacientes com doenças diversas e, inclusive, pagantes, aqueles que eram enviados pelas próprias famílias por terem se tornado incorrigíveis.

O Regimento de 1858 determina que não serão recebidos os idiotas, epiléticos, paralíticos, dementes, que se reputam incuráveis e podem viver

inofensivos no ‘seio da família’, mas o Pedro II abriga na época, cegos, surdos, órfãos de servidores etc. (MACHADO apud ORNELLAS, 1997, p. 118).

O próprio poder médico passa a criticar e a exigir novas reformulações no Estatuto, que apenas conferia ao médico um poder secundário diante das internações. Começam a ser levantadas questões como a relação entre o louco e sua família, entre o louco e o Estado, assim como o direito de seqüestro e todo o funcionamento asilar. Tais questionamentos fazem eclodir o conflito entre os médicos e a Santa Casa, instituição responsável por aquele hospício. Este conflito tinha por escopo o aumento do poder médico.

A reivindicação feita por parte dos médicos é que apenas a psiquiatria deveria exercer o poder de seqüestrar o louco, sendo apenas amparada pelo Estado. Ao contrário do que ocorria até então, onde toda a movimentação de entrada e saída do louco do internamento era autorizada somente por entidades estatais, como a polícia ou o juiz, ou, ainda, pelos parentes. Busca-se uma medicalização da legislação, com vistas de proteger a sociedade dos possíveis atos dos insensatos, e, ainda, proteger os próprios loucos de tentativas de aproveitamento de sua condição de incapaz.

Somente no período que segue a proclamação da República é que se dá o afastamento dos elementos religiosos do hospício, e, desde então, os médicos assumem o controle destas instituições. Apesar de a necessidade primeira de exclusão e isolamento dos loucos em instituições psiquiátricas ter sido impulsionada pela necessidade de estabelecimento da ordem urbana, com os avanços da psiquiatria passam a ser consideradas razões médicas e humanitárias. Na medida em que se dá a medicalização da loucura, o “louco” é humanizado e considerado como doente.

A iniciativa de criação de colônias agrícolas em diversas regiões do Brasil foi uma tentativa de inserção de novos modelos de assistência psiquiátrica. Para Amarante (1994), a introdução destas medidas seria a primeira reforma psiquiátrica brasileira, quando foram criadas as duas primeiras colônias de alienados no Rio de Janeiro³³. O principal objetivo deste

³³ Foram as duas primeiras colônias de alienados do Brasil e da América Latina: a Colônia de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita. As duas localizavam-se na Ilha do Galeão, hoje Ilha do Governador, e eram direcionadas ao recebimento apenas de alienados indigentes de sexo masculino. Este modelo teria inspiração nas práticas de um pequeno vilarejo medieval belga, Geel, que recebia doentes mentais para serem curados milagrosamente pela Santa Dymphne, considerada a “Padroeira dos Insanos” (AMARANTE, 1994). Diz a lenda

novo modelo é criar condições para que haja um convívio entre os alienados e a sociedade. E, mais uma vez, o trabalho sendo elemento fundamental para a formação social burguesa, será também uma das principais características do tratamento no contexto das colônias. Outra característica que vale mencionar é a localização das colônias, que estão sempre afastadas dos centros das cidades. Este modelo perdurou até metade do século XX, contendo em suas propostas a intenção de cura nos pacientes, o que, na prática, não ocorreu, tendo sido os loucos excluídos nos manicômios. Uma das razões para o fracasso dos hospitais-colônia é a contradição existente no fato de os alienados serem preparados para o trabalho rural e, com a crescente urbanização e industrialização esta “educação” tornou-se inadequada.

2.4 A doença mental como objeto de estudo sociológico

Conhecendo os objetos de estudo da sociologia enquanto disciplina científica, não podemos dizer que a doença mental componha este conjunto. No entanto, as práticas que a rodeiam, o modo como os atores sociais e as instituições se relacionam com as doenças mentais em determinada sociedade estão inseridos dentro daquilo que encontramos em Weber (2001) quando afirma que a sociologia tem por escopo compreender o comportamento dos sujeitos, analisar a ação social e as relações sociais que podem determinar uma uniformidade ou recorrência de condutas. Assim, considerando a contextualização histórica da doença mental ao longo do tempo, inferimos que já esteve associada a diferentes práticas que determinaram comportamentos diversos daqueles que integravam tal contexto.

Neste sentido, contrariamente ao ponto de vista médico que vai perceber e tratar a doença como um fenômeno natural, uma abordagem sociológica procura conhecer e investigar a “relação dos atores em relação a ela [...] a conduta, o modo de vida, as atitudes e os valores que eles enlaçam na ação que se desenvolve no interior de uma determinada ordem, seja ela social, econômica, política, religiosa, erótica etc.” (HIRANO, 1992, p. 289). O enfoque sociológico acerca das doenças quer identificar não os aspectos fisiológicos e orgânicos da

que Dymphne, filha do rei irlandês, foge para Geel após a morte da mãe, pois estava sendo forçada a casar-se com o pai. Este sai em busca de sua filha, que foi encontrada e decapitada pelo próprio pai. Em função da morte e da resistência de Dymphne aos desejos incestuosos do pai, ela foi transformada em santa pelos nativos, a santa dos dementes, o que desencadeou um intenso processo de peregrinação à pequena vila, em busca de cura e de tratamento para os males “do espírito” (BAZZO, 2000).

patologia, mas, por exemplo, de que modo determinada disfunção pode incapacitar um indivíduo no desempenho de seus papéis sociais ou, ainda, como determinada doença pode ser um risco para a manutenção de uma normalidade social exigível.

Muitas são as perspectivas pelas quais as doenças podem ser abordadas pela sociologia e quando nos referimos às doenças mentais, estas se tornam ainda mais interessantes para este tipo de estudo. Segundo Parsons (1966) o campo da doença mental demonstra sua especificidade, fundamentalmente, por manifestar seus sintomas no plano das condutas, o que nos faz crer na sua maior relação com a necessidade de se manter uma ordem social, o que implica, conseqüentemente, em um maior controle social.

A doença não é simplesmente um perigo 'externo' em face do que se coloca de prontidão, mas uma parte integral do próprio equilíbrio social. A doença pode ser considerada como uma forma de resposta às pressões sociais, entre outras coisas, como um modo de evitar responsabilidades sociais. [...] A doença se define, assim, em parte biologicamente e em parte socialmente. A participação no sistema social é sempre potencialmente relevante para o estado da doença, para sua etiologia e para as condições de uma boa terapia [...] (PARSONS, 1966, p. 434).

Assim, a doença pode não estar somente relacionada a um estado biofísico, mas a um estado social. Porém, uma disfunção visivelmente biológica geralmente recebe uma rotulação ou diagnóstico fundamentado em um saber médico, sendo reconhecida desta forma independentemente das representações dos outros atores sobre ela. Todavia, quando nos referimos à doença enquanto um estado social, esta se torna suscetível às mais variadas crenças, valores, representações e práticas destes mesmos atores. O que queremos dizer é que uma pessoa pode ser considerada doente por estar acamada, mas pode ser considerada preguiçosa ou mentirosa por não querer sair de casa e por acreditar que será perseguida, por exemplo.

A doença mental, antes loucura, também não foi sempre reconhecida como doença, por isso, consideramos que tais definições são culturalmente e historicamente construídas. O que representa o saudável em dada sociedade pode ser desvio ou anormalidade em outra, no entanto, mesmo não estando necessariamente relacionado à idéia de doença, pode ser pecado, falta de caráter ou outro tipo de classificação. Numa tentativa de trazermos um exemplo mais próximo de nossa realidade, podemos pensar no alcoolismo, que hoje integra o rol dos

transtornos mentais, é considerado doença, mas até bem pouco tempo atrás era percebido como um mau hábito.

A partir de meados do século XX vários estudiosos passaram a criticar a definição de doença mental e as práticas psiquiátricas da época, dentre eles médicos como Thomas Szasz e Ronald Laing, mas também sociólogos, como Thomas Scheff que elaborou o que deu o nome de teoria sociológica da doença mental, onde, baseando-se na teoria da rotulação, afirmou que o desvio é um elemento característico das respostas das pessoas a uma ação social específica. Explicando a referida teoria, a socióloga Agnes Miles argumenta que:

[...] cantar nas ruas depois de uma vitória célebre não é desviante, pois todos os outros também estão cantando, mas o bêbado que canta pelas ruas tarde da noite numa vizinhança sossegada é outra coisa, e outra coisa ainda é o mendigo que canta para receber esmolas, ressentido por alguns e alvo da piedade de outros. E que dizer do homem que canta sem nenhuma razão discernível? Claro está, portanto, que cantar nas ruas é uma ação que só se torna desviante quando as pessoas a vêem como tal. As características do cantor e de sua ação são menos importantes na produção do desvio do que as respostas sociais que suscitam (1982, p.21).

Os adeptos desta teoria, teóricos da rotulação, também conhecidos como críticos da abordagem clínica tradicional, ressaltavam que o foco de estudo não deveria ser os próprios sujeitos do desvio, mas os processos sociais que desencadeavam o reconhecimento de determinada ação como desvio e do sujeito como desviante. Portanto, para Scheff os pacientes psiquiátricos manifestavam um comportamento identificado como transgressor de normas sociais desejáveis para a manutenção de uma ordem desejável. Mas o comportamento que passa a ser rotulado como de doente mental, seria incitado por esta rotulação que poderia ser legitimada pelo discurso de uma pessoa de autoridade reconhecida nesta sociedade, como um juiz ou um psiquiatra. Somente após tal rotulação é que se criaria o comportamento de doente mental, pois antes disso, os psiquiatras não se preocupavam em descobrir a doença do paciente, mas em afixar um rótulo médico aos transgressores de normas levados até eles pela família ou pela justiça (MILES, 1982).

Apesar das críticas recebidas e de suas particularidade, a teoria da rotulação se aproxima em alguns pontos das perspectivas de Szasz e Laing. Para Thomas Szasz (1978; 1979), ressaltando seus questionamentos acerca da denominação da esquizofrenia que acredita

ter origem apenas na autoridade médica e não em uma descoberta científica, os psiquiatras, como representantes de um limitado grupo, ao diagnosticarem uma pessoa como mentalmente perturbada estariam atuando em nome de uma ética e política próprias e, ao mesmo tempo, buscando uma justificativa para a sua hospitalização. Ronald Laing (1971), por sua vez, também questiona o conceito de esquizofrenia, mas seu ponto de partida é o grupo familiar que por meio de suas dinâmica e estrutura produz e vitima seus membros de modo que passam a ser reconhecidos como esquizofrênicos³⁴.

Em uma perspectiva semelhante, podemos citar, ainda, o sociólogo Erving Goffman que é largamente citado no campo dos estudos sócio-médicos, tornando-se uma referência nesta temática, sobretudo quando se fala em loucura e práticas psiquiátricas. Isto porque em 1961 publicou o livro *Asylums* – em português *Manicômios, Prisões e Conventos* – onde desenvolveu o conceito de instituição total para descrever um modelo institucional em que o ingresso dos indivíduos pressupõe uma ruptura com as esferas da vida e todos os aspectos da vida dos internos são realizados no mesmo local, sob a mesma autoridade em horários pré-determinados. Ademais, em seu ponto de vista, argumenta que, no caso das instituições psiquiátricas, os pacientes são menosprezados, iludidos e denunciados pelas famílias, bem como, pela equipe técnica institucional que o hostiliza (GOFFMAN, 2001).

Nosso interesse em citar tais abordagens não é, desde agora, tomar partido com relação a qualquer uma delas, mas sim, demonstrar de que modo ao longo do tempo o campo das doenças mentais passou a ser objeto de estudo das ciências sociais, suscitando um novo olhar sobre essa questão. Em nosso entendimento, as abordagens sociológicas contribuíram de

³⁴ A abordagem de Ronald Laing nos faz lembrar de diversas passagens dos discursos dos entrevistados, sobretudo dos profissionais das instituições de atenção à saúde mental, que se referiam à importância de que o tratamento não seja limitado ao paciente, mas que se estenda à família, que invariavelmente também está adoecida. Em uma das visitas que fizemos a uma clínica particular que não fazia parte de nossa pesquisa, mas que estivemos lá apenas para entrevistar um profissional de uma das instituições pertencentes à pesquisa, enquanto aguardava na sala de espera, tive a oportunidade de acompanhar a chegada de familiares que se dirigiam às visitas de seus parentes internados, à terapia individual ou familiar, entre outros destinos. Me chamou atenção uma senhora que acompanhava um rapaz, aparentemente seu filho e menor de idade, que reclamava insistentemente com a mãe pela sua saída da clínica, por já estar lá há quase dois meses em razão do uso de maconha. O rapaz tentava explicar a mãe – e todos presentes na sala ouviam – que não precisava continuar internado apenas por isso, que não agüentava mais etc. A mãe, por sua vez, o tratava de forma exageradamente infantilizada e a relação entre eles me chamou atenção, inclusive por algum momento ter sido chamada para dar a minha opinião acerca do desejo do filho de fazer uma tatuagem. Durante quase todo o tempo que estiveram lá a conversa era, de um lado, o filho pedindo pra sair, e por outro lado, a mãe insistindo na internação em função da maconha. O fato é que ao se dirigirem à sala da terapia, algum tempo depois a mãe saiu acompanhada de uma funcionária porque tinha tido uma crise nervosa e precisava ser medicada, ou seja, também estava adoecida.

forma singular para o desenvolvimento de novas práticas no contexto das ciências *psi* que têm a saúde mental como objeto, ao evidenciar que as doenças mentais não estão relacionadas apenas aos aspectos fisiológicos e orgânicos dos indivíduos, mas à estrutura e à dinâmica social da qual é parte integrante. Essas reflexões, ao longo do tempo, vão influenciar não apenas as práticas, no sentido de dar tratamento, mas também os movimentos sociais e as políticas de saúde mental, como veremos mais adiante.

Por fim, acreditamos que o estudo das doenças mentais sob um enfoque sociológico ganhou significativa relevância nos últimos tempos, inclusive pela própria configuração destas doenças nas sociedades industriais. Esta questão deixou de estar apenas atrelada ao âmbito privado, para tornar-se uma questão social que foi objeto de investigação de outros tantos estudiosos das ciências sociais. Sendo assim, pensamos que dar continuidade a esses estudos analisando as novas práticas que rodeiam as doenças mentais, e, mais especificamente como se dá esse processo em um nível local – já que estamos tratando de investigar o contexto do Distrito Federal –, torna esta pesquisa relevante não apenas para o campo acadêmico, como também contribui para que sejam pensadas novas políticas e formas de tratar as doenças mentais na contemporaneidade.

CAPÍTULO III

“Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto de lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito.

O ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o ‘direito’, acima de todas as opressões ou ‘alienações’, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse ‘direito’ tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania”.

Michel Foucault

3. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRIA NO BRASIL

Sendo a Reforma Psiquiátrica e as práticas que envolvem a sua implementação o nosso objeto de estudo, pensamos que não é possível entendê-la em sua totalidade, sem conhecer, ainda que brevemente, o contexto da saúde no Brasil ao longo da história das políticas com esse direcionamento. Entendemos que a Reforma Psiquiátrica não se trata de uma lei que surgiu em dado momento, nem tão pouco de uma idéia original recém chegada, e sim fruto de um processo histórico de luta social e política que transpassou todo o cenário da saúde brasileira.

Com este objetivo, neste capítulo, pretendemos retomar brevemente o histórico da saúde no Brasil, por entendermos que tal abordagem nos possibilita perceber a construção das políticas de saúde mental como parte de um processo muito maior da saúde como um todo. Tal direcionamento se justifica, pois sendo nossa intenção discutir cidadania pelo viés da saúde, é importante que esta esteja associada à construção do Estado brasileiro e sua democratização, bem como outras questões que marcam este percurso como a Reforma Sanitária e o SUS.

3.1 Saúde, políticas e instituições

O final do século XIX é um marco para a história do Brasil, seja pela Proclamação da República em 1889, seja pelo surgimento de uma série de propostas de atuação sobre as áreas urbanas com fins sanitários. Antes disso, o Brasil colônia apresentava demasiada carência no que diz respeito à atenção à saúde da população, não havendo qualquer modelo de prestação de serviços. Assim, o cuidado com a saúde era restrito à utilização de plantas medicinais e ao conhecimento de curandeiros, situação que só começou a ser alterada com a chegada da família real e, mais adiante, com a “Independência do Brasil” que impôs a “montagem de um aparelho responsável pelo controle e funcionamento do novo Estado” (LUZ, 1982, p. 31/32).

Além das ações desenvolvidas por cirurgiões-barbeiros, boticários, parteiras e outros, havia ainda o trabalho das Santas Casas de Misericórdia, que também atendiam os pacientes utilizando material trazido pelos índios. As Misericórdias eram responsáveis pelo cuidado para com os doentes, órfãos, pobres e indigentes, tendo um caráter muito mais assistencial, espiritual e filantrópico do que médico, por assim dizer. Acrescente-se, ainda, que representaram o papel estatal na atenção à saúde durante um longo período³⁵.

Um segundo foco de ação estatal presente em meados do século XIX era o controle sobre os navios e as regiões portuárias. A dependência econômica do país diante do mercado externo desencadeou a tomada de providências em vistas de um controle sanitário mínimo, sendo estas as primeiras iniciativas governamentais na esfera da saúde, ainda que motivada por interesses mercantis e não direcionada para a população.

Dessa forma, o objeto da medicina vai se deslocando da doença para a saúde, um trânsito entre a medicina individual e a medicina social que busca intervir na sociedade de

³⁵ A criação das Santas Casas de Misericórdia em Portugal data de 1498 e no Brasil, a primeira foi inaugurada entre os anos de 1540 e 1547, fundada pelo colono Braz Cubas em São Paulo. Até 1585 foram criadas também no Espírito Santo, em Pernambuco, na Bahia e no Rio de Janeiro (disponível em <http://openlink.br.inter.net/santacasa/hist.htm>). No que concerne às demais instituições presentes no Brasil, podemos citar os hospitais militares, criados em meados do século XVIII, diante da precária assistência prestada pelas Misericórdias aos soldados doentes ou feridos. Diante de tal situação, criou-se em 1768, no Rio de Janeiro, o Hospital Real Militar que, ao menos inicialmente, ainda não se trata de uma questão puramente médica, com vistas à obtenção da cura e promoção da saúde, e sim “[...] evitar ou atenuar as condições que fazem do hospital um lugar de doença e morte e que produz doença e morte” (MACHADO, 1978, p. 125/126).

modo mais generalizado. É visível a necessidade de se conhecer o meio, a sociedade, sua organização e funcionamento, assim como a relação destes fenômenos com a causa das doenças. Este processo é denominado por Roberto Machado (1978) como a “medicalização da sociedade”, onde aparece uma nova tecnologia de poder que, assim como as leis, atua controlando o indivíduo e sua capacidade de produção por intermédio de técnicas de normalização que impõem critérios de normalidade para a manutenção da ordem social.

Com esse novo papel, dá-se a construção de uma nova relação entre a medicina e o Estado, em que as práticas médicas não vão apenas atuar em nome do Estado, como serão parte deste novo aparelho estatal em uma relação de imanência. Assim, no ano de 1829 foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que vislumbrava estabelecer-se enquanto responsável pela saúde pública, tendo como objetivos essenciais a higiene pública e a defesa da ciência médica. Em documento elaborado por sua Comissão de Salubridade Geral em 1830, foram explicitadas suas propostas de atuação e intervenção.

Esse documento funciona como declaração de princípios e estabelecimento de um programa. Traça o âmbito dilatado da intervenção médica [...] acrescentado-lhe o projeto de medicina legal e iniciando uma série de protestos contra a situação em que viviam os loucos que está na base da criação da psiquiatria brasileira. Fixa os objetos a serem atingidos pela medicina em sua tarefa de vigilância e controle do espaço urbano. Denuncia os lugares de desordem, de amontoamento, de acúmulo, que devem figurar como portadores de perigo urbano médico e social. Propõe a extinção ou a transformação disciplinar de tudo que pode ser um obstáculo ao funcionamento ordenado da cidade (MACHADO, 1978, p. 188).

Do mesmo modo em que se deu a medicalização da sociedade, dos espaços urbanos como um todo, a medicina social também vai atuar sobre os espaços institucionais que têm grande relevância para o bom funcionamento das cidades e que possuem as mesmas características destas. Era preciso também medicalizar as instituições tais como hospitais, cemitérios, escolas, fábricas, prisões e até bordéis que poderiam ser focos de doenças e desordem, representando um grande risco para o espaço urbano. As primeiras medidas tomadas neste sentido referem-se à localização – os grandes estabelecimentos deveriam ser deslocados dos centros das cidades – e à organização do espaço interno, isto é, a ordenação do seu interior (MACHADO, 1978).

No ano de 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), enfatizando um movimento chamado de higiene mental que se fundamentava em princípios eugênicos e xenofóbicos que, em nome da qualificação das raças e da prevenção das doenças mentais, defendia a proibição dos casamentos e da procriação de pessoas doentes, com descendência africana e outros estrangeiros (AMARANTE, 2003).

Gradativamente, a medicina foi se institucionalizando e desenvolvendo propostas de atuação que mediante o controle do Estado, visavam assegurar o controle da ordem social. A atuação dos médicos também ganhou considerável importância no contexto das campanhas abolicionistas e nas manifestações políticas da época³⁶. Mas os primeiros anos do século XX foram marcados pelo surgimento de críticas contra o modelo de saúde pública que ainda firmava-se na idéia de que a desorganização da cidade era o elemento central para as más condições de saúde da população urbana. A origem destas críticas localizava-se não apenas entre os setores médicos, como entre o proletariado emergente que reivindicava, além de melhoras salariais, salubridade no trabalho (LUZ, 1982).

Ainda assim, a tendência higienista permaneceu nas primeiras décadas do século XX, tendo sido promovida uma verdadeira reforma urbanística na cidade do Rio de Janeiro, inaugurando um programa de saneamento, voltado, inclusive para a instituição de moradias higiênicas o que chegou a provocar a demolição de bairros populares considerados como focos de desordens e de transmissão de doenças endêmicas. Da promoção desta ação participaram, o presidente à época, Rodrigues Alves, e Oswaldo Cruz que era Diretor-Geral do Departamento de Saúde Pública (Ministério da Saúde, 2003).

Os mais atingidos pela reforma urbanística do Rio de Janeiro foram os trabalhadores que habitavam as áreas focadas pela ação e, por isso, foram deslocados do centro da cidade. Interessante observar que o objetivo não era simplesmente promover a limpeza nestes espaços, mas tornar a capital da República mais interessante para imigrantes e investimentos estrangeiros. O movimento sanitarista presente em fins da década de 1910 revela, ainda, uma conscientização dos efeitos negativos do quadro sanitário do país no

³⁶ A atuação dos médicos com relação à questão dos escravos não significava, necessariamente, um posicionamento de defesa dos negros e da liberdade, mas uma postura que demonstrava a incompatibilidade do projeto médico-político da época, com a presença dos escravos no contexto familiar que poderia desencadear doenças, sexualidade exacerbada etc.

contexto internacional, que para ser construído dependia de políticas públicas voltadas para a saúde e a educação (LIMA et al., 2005).

O objeto central das intervenções dos sanitaristas eram os centros urbanos, se estendendo, dessa forma, pelas regiões brasileiras. Progressivamente, não apenas as cidades serão alvos das medidas sanitaristas, como também o sertão, que deixa de ser valorizado no imaginário social como um espaço saudável, para simbolizar o abandono do poder público, determinante dos altos índices de doenças endêmicas no país. O movimento pelo saneamento rural contou com a colaboração de médicos, como Oswaldo Cruz e Juliano Moreira, lideranças políticas e representantes de outros setores, como literatos³⁷.

Este período de transição entre os séculos XIX e XX apresenta-se como de grande relevância para pensarmos as políticas de saúde no Brasil. Remonta a atuação do Estado concernente à saúde pública e uma preocupação na construção e valorização do Estado nacional. Infere-se, portanto, como pano de fundo do movimento sanitarista um projeto civilizatório de reconstrução das representações acerca da sociedade brasileira. Uma tentativa de romper com idéias como a de atraso e de inferioridade social e racial.

No que concerne às políticas de saúde mental, este período também se destaca com o que é considerado por alguns autores como a primeira reforma psiquiátrica brasileira, onde foram implantadas as colônias de alienados, como já citamos. No ano de 1903, o médico Juliano Moreira³⁸ foi nomeado para dirigir a *Assistência Médico-legal aos Alienados* – primeira instituição pública de saúde mental estabelecida na República –, trabalhando, paralelamente pela criação de novas colônias (AMARANTE, 2003, p. 35). No mesmo ano, foi aprovada a Lei nº. 1.132, destinada à reorganização da assistência aos “alienados”, sendo esta a primeira legislação de assistência à saúde mental.

³⁷ Cite-se Jeca Tatu, personagem de Monteiro Lobato que inicialmente representava a concepção do caipira, do interior, preso ao meio rural e, em seguida, é redimido pela higiene.

³⁸ Juliano Moreira (1873 – 1933), médico baiano de formação alemã foi responsável por importantes mudanças na assistência em saúde mental no Brasil. Ocupou o cargo de direção geral da Assistência Médico-Legal aos Psicopatas durante 28 anos, tendo sido destituído do cargo no Governo Provisório de Getúlio Vargas. Atualmente é reconhecido como referência na psiquiatria brasileira.

3.1.1 Políticas sociais e saúde pública

O Governo Provisório de Getúlio Vargas foi o palco de grandes transformações institucionais, sobretudo no que diz respeito à configuração das políticas sociais, implicando diretamente no campo da saúde pública. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde – MESP, medida que consistia numa antiga reivindicação dos sanitaristas, mas que se opunha aos interesses das oligarquias rurais que temiam pela autonomia estadual. Nota-se que este é um período de grande instabilidade política que testemunha um embate entre as tradicionais oligarquias, que defendiam o seu maior poder de atuação local, e os grupos liberais que apostavam em um modelo de Estado centralizador e intervencionista.

Apesar da criação do MESP datar de 1930, o campo da saúde só começou a sofrer transformações significativas a partir de 1934. Os serviços do MESP eram destinados a todos “[...] aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais [...]” (LIMA et al., 2005, p. 41). Uma outra característica com relação à atuação estatal na gestão das políticas de saúde pública refere-se à centralização normativa e ao fortalecimento do poder federal no âmbito dos estados, em contraposição aos interesses privados regionais, configurando, dessa forma, novas relações de poder entre as esferas de governo, como é observado por Lima et al.:

O processo de construção e consolidação de um arcabouço/burocrático institucional no âmbito da saúde pública a partir de 1930, e em particular de forma mais intensa a partir de 1937, caracterizou-se por essa nova configuração das relações de poder entre o governo federal e os governos locais. O desenho do *welfare* no campo específico da saúde pública resultou da correlação de forças políticas, modelando os serviços como um instrumento de poder em tal jogo. E aí ficam evidentes as correlações entre os interesses políticos, os parâmetros ideológicos que norteavam a ação pública e o modelo institucional que gradativamente se estruturava (2005, p.45).

Até a queda de Vargas em 1945, inúmeras medidas foram tomadas no sentido de consolidar a saúde pública e assegurar determinados direitos à saúde, como a reformulação das legislações sobre as Caixas de Aposentadorias e Pensões, mediante o Decreto nº 20.465 em 1931, destinadas à assistência dos empregados dos serviços públicos de transporte, de

luz, dos portos, entre outras áreas e que mais tarde foram estendidas a outras categorias profissionais como industriários, servidores estaduais e comerciários. Cabe ressaltar, a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que instituiu a Conferência Nacional de Saúde, que se realizaria, desde então, em intervalos de dois anos, destinada à participação de autoridades do Ministério da Saúde e dos governos estaduais³⁹.

O período democrático iniciado em 1945, com a promulgação de uma nova Constituição no ano seguinte, estendeu o debate acerca da saúde e da assistência para outros espaços, tendo em vista a maior participação popular com as eleições livres e a liberdade de imprensa. Permanece, no entanto, o olhar sobre a saúde relacionado ao desenvolvimento nacional, onde a ciência e a medicina representavam os instrumentos de erradicação de doenças infectocontagiosas e, ao mesmo tempo, de abertura para o progresso⁴⁰.

Instaurado o regime militar em 1964, tem-se um quadro de imobilidade no processo político institucional de assistência à saúde, sendo que, apesar do conhecido desenvolvimento econômico e da ampliação das políticas sociais do período, há uma aceleração das privatizações nos setores de bens de consumo coletivo, como na saúde. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os institutos de aposentadoria e pensões em 1966, permitiu ao Estado se conveniar aos serviços de assistência à saúde privados, em detrimento de novos investimentos na rede pública (BALSEMÃO, 2003)⁴¹.

Por outro lado, o regime autoritário desencadeou o fortalecimento da sociedade civil organizada em movimentos sociais que reivindicavam medidas urgentes no sentido de sanar os malefícios provocados pelo modelo de saúde pública. Tornaram-se freqüentes as denúncias da precariedade dos serviços de atenção à saúde e fraudes no sistema previdenciário, revelando uma insatisfação que pôde ser percebida nas eleições de 1974, quando a população demonstrou sua contrariedade ao regime. Articulado com outros

³⁹ Segundo dados do Ministério da Saúde (2003), a I Conferência Nacional de Saúde aconteceu no Rio de Janeiro, no ano de 1941, e tratou, principalmente, de questões relacionadas à organização sanitária nos estados e municípios, às campanhas de erradicação da lepra e da tuberculose e aos serviços de assistência e proteção à saúde materno-infantil.

⁴⁰ As décadas de 1930 e 1940 também foram cenários do ingresso de novas práticas terapêuticas no âmbito da assistência psiquiátrica, como as eletroconvulsoterapias (ECT) e as lobotomias, esperanças de cura para as doenças mentais, que passaram a ser utilizadas nos hospitais e colônias.

⁴¹ Segundo Paulo Amarante (2003), em decorrência deste processo de privatização, em fins da década de 1970, a Previdência destinou 97% dos recursos da assistência psiquiátrica para a rede privada conveniada.

movimentos sociais, surge o movimento sanitário que representou um importante papel na história da democracia brasileira e na implementação do Sistema Único de Saúde.

3.2 Movimentos sociais e saúde

Com o fim de contextualizarmos nossa discussão, é necessário refletirmos mais profundamente sobre os movimentos sociais, especialmente acerca dos movimentos sociais em saúde no Brasil, que desencadearam o processo de formação dos movimentos em saúde mental e dos ideais de reforma psiquiátrica. Ainda que algumas correntes teóricas considerem que os movimentos sociais estejam em declínio, atualmente, estes ainda constituem um objeto de estudo extremamente relevante para a Sociologia e, voltando ao foco de nossa proposta de discussão, para a problematização e reflexão acerca da reforma psiquiátrica e da noção de cidadania na sociedade contemporânea.

O século passado foi marcado pelo surgimento da luta em favor dos direitos da humanidade, principalmente no período pós-guerra. A Declaração dos Direitos Humanos suscitou, ao longo do século XX, o surgimento de diversos movimentos de conscientização e mobilização comunitária em diferentes níveis, sobretudo no âmbito da saúde, como os direitos dos deficientes físicos, dos portadores de transtorno mental e dos idosos.

Podemos relacionar a referida situação com aparecimento do Estado de Direito, isto é, o Estado dos cidadãos, fundamentado pelo reconhecimento dos direitos do homem. Desde então se desenvolveu significativamente, manifestando-se recentemente por uma nova tendência, a qual Norberto Bobbio denomina processo de especificação, que consiste na determinação dos sujeitos titulares de direitos. Posto isso, diferenciaram-se os direitos da infância e da velhice, bem como foi exigido o reconhecimento dos direitos dos doentes, entre outras especificações (BOBBIO, 1992, p. 62).

Infere-se, portanto, que este processo de especificação onde persiste a determinação de novos sujeitos titulares de direitos está intimamente relacionado com os movimentos sociais que começam a aparecer no Brasil em meados da década de 1970.

O elemento instigante para estes estudos, para além da novidade de uma sociedade civil em movimento, a despeito de obstáculos jurídicos e institucionais, foi a percepção de que este processo instaurava práticas novas, em condições de abrir espaços sociais inéditos, revelando novos

atores capazes de se auto-organizarem e de se autodeterminarem, à margem ou até mesmo em contraposição aos espaços constituídos para a sua expressão tradicional [...] A referência à emergência de novos sujeitos e, particularmente, a novos sujeitos coletivos, para o meu propósito, passa a constituir, pois, a principal novidade temática, por suas implicações paradigmáticas [...] Na sua gestação no curso da década de 1970, os movimentos sociais designam configurações sociais intra e interclassistas e a partir da elaboração de um quadro de significações culturais de suas próprias experiências, isto é, do modo como vivem suas relações, identificam interesses, constituem-se coletividades políticas, sujeitos coletivos (SOUSA JÚNIOR apud MARCHEWKA, 2003, p.29-30).

Consensualmente, o conceito de movimentos sociais é entendido do ponto de vista da ação coletiva objetivando interesses comuns, aproximando-se muitas vezes do entendimento de reivindicações políticas. Entretanto, nem toda ação coletiva, necessariamente, constitui-se como movimento social⁴². Na perspectiva de Alain Touraine (1977), os movimentos sociais vinculam-se ao que nos referimos anteriormente – ação coletiva relacionada à luta por interesses –, porém, refere-se, ainda, a alguns elementos que compõem o seu entendimento sobre os movimentos sociais: a organização social e as mudanças nas esferas social e cultural.

3.2.1 *O movimento sanitário e o SUS*

Para a contextualização e compreensão dos movimentos em saúde mental nacionais e de como a reforma psiquiátrica se situa no âmbito das políticas de saúde, necessário, ainda, conhecermos as bases do movimento sanitário. O Movimento da Reforma Sanitária, inicialmente representado pelos trabalhadores das áreas da saúde, representou um grande aliado da sociedade no sentido da redemocratização do país. O modelo assistencial

⁴² Touraine destaca, em sua obra *Poderemos viver juntos?: iguais e diferentes*, o risco de se banalizar o conceito de movimento social, o relacionando com qualquer tipo de ação coletiva: “Assim como a medicina não pode fazer uma teoria das ampolas ou da febre como tipo geral de doença, pois patologias muito diversas criam tais sintomas. [...] A noção de movimento social só é útil se permitir pôr em evidência a existência dum tipo muito particular de ação coletiva, aquele tipo pelo qual uma categoria social, sempre particular, questiona uma forma de dominação social, simultaneamente particular e geral, invocando contra ela valores e orientações gerais da sociedade, que ela partilha com seu adversário, para privar este de legitimidade”. E acrescenta que “[...] um movimento social é muito mais do que um grupo de interesses ou um instrumento de pressão política. Ele questiona o modo de utilização social de recursos e de modelos culturais” (1998, p. 113). Para dar continuidade a sua reflexão sobre os movimentos sociais e a existência de um conflito central, Touraine passa a utilizar-se da denominação *movimentos societais*.

instaurado durante o regime militar fazia surgir denúncias e propostas de mudanças que tinham como foco central a democratização do acesso à saúde. Unidos a outros movimentos sociais em prol da democracia, o Movimento pela Reforma Sanitária exerceu um papel fundamental na descentralização e universalização da saúde e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Escorel et al. (2005), os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), criados no Brasil a partir da década de 1950 em faculdades de medicina de São Paulo, representavam o espaço de produção de conhecimento e das práticas sanitárias. Os núcleos de medicina preventivista, como um novo campo desta especialidade, também foi o espaço de organização e formação dos alicerces do movimento sanitário, que propunha a conciliação entre a produção do conhecimento e a prática política.

O caráter político da saúde passou a ser ressaltado em toda a América Latina, assim como as críticas aos malefícios da medicalização (ESCOREL et al., 2005). A discussão em torno da elitização das práticas médicas e a democratização do acesso aos serviços de atenção à saúde estiveram presentes em todo o contexto internacional, como podemos inferir da Declaração de Alma-Ata, elaborada a partir da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em 1978:

II. A chocante desigualdade existente no estado da saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum a todos os países.

V. Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

O quadro de revisão e reformulação das práticas médicas questionou, também, a hegemonia preventivista, surgindo, com isso, um novo enfoque sobre as práticas de atenção à saúde onde a coletividade deveria ser considerada, assim como a “distribuição demográfica da saúde e da doença” (ESCOREL et. al., 2005). O fim da década de 1970

trouxe o retorno da liberdade de imprensa, dando início a um lento processo de abertura política e ao surgimento de outros movimentos como o estudantil e pela anistia.

Aproveitando-se da situação política instalada, representantes do movimento sanitário conseguiram, aos poucos, se inserir na burocracia estatal, possibilitando a apresentação de propostas que alcançassem partes da população que não tinham acesso aos serviços de saúde. Ainda neste contexto, surgiu o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entre outras entidades e organizações que assumiram o papel de promover os debates do movimento sanitário e tornar públicas as propostas de políticas de saúde.

A pressão sobre o modelo do sistema de saúde perdurou pela década de 1980, o movimento pela Reforma Sanitária ficou cada vez mais fortalecido, ocupando todos os espaços de discussão em diferentes esferas e se articulando com outros movimentos sociais. Suas propostas fundamentavam-se na democratização do sistema, que deveria ter caráter público, na participação popular, na descentralização e universalização dos serviços.

Com o fim do regime militar, as lideranças do movimento estiveram cada vez mais presentes em posições de representação no âmbito das instituições gestoras das políticas de saúde e em 1986, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou o processo de democratização da saúde no país. Nesta ocasião, foram definidos os princípios da Reforma Sanitária, decidiram pela expansão do setor público e foi aprovada a criação de um sistema único de saúde. Em 1988, diante do processo constituinte e da promulgação da Constituição, a Reforma Sanitária foi incluída no Capítulo da Seguridade Social, onde a saúde foi definida como “direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Na Constituição Federal de 1988 estão os pilares conceituais e legais do SUS, que foi regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8.080 e 8.142, ambas do ano de 1990, que explicitam seus princípios: saúde como direito, universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação.

[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...].

[...] acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência [...].

[...] igualdade no serviço à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população.

[...] eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade [...].
 [...] desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde [...].
 [...] responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

Diante do exposto, é preciso que se compreenda que os movimentos sociais em saúde no Brasil estão articulados com os movimentos pela redemocratização. Mais ainda, tendo o movimento pela Reforma Sanitária um papel fundamental neste contexto, torna-se imprescindível para a compreensão dos movimentos em saúde mental que, mesmo com os seus objetivos específicos, não estavam desarticulados desta luta muito maior pela cidadania, pelos direitos e pela democratização da saúde.

3.2.2 *Movimentos pela reforma psiquiátrica*

No Brasil, é durante a década de 1970 que se localizam os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que outros movimentos emergem com vistas à luta pela democratização do país. Em se tratando de movimentos sociais, este período é marcado também pela atuação de outros movimentos como o feminista, o movimento pela anistia e movimentos populares e urbanos pelo direito ao acesso a serviços públicos, como já citamos, o movimento pela reforma sanitária.

Assim é que nos dois últimos anos da década de 1970 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, juntamente com outras entidades, instituições e movimentos envolvidos com formulação e reformulação de políticas de saúde mental, com o intuito de compor-se de forma não-institucional e caracterizar-se como “[...] um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 52).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surge sob influência dos princípios da psiquiatria democrática de Franco Basaglia e foi desencadeado pela “Crise da

DINSAN”, Divisão Nacional de Saúde Mental, que, conforme descreve Paulo Amarante, encontrava-se em condições precárias de funcionamento e com poucos profissionais. O MTSM ocupa, ainda, um papel fundamental no sentido de se contrapor ao governo militar realizando denúncias sobre torturas e outras ações violentas no contexto da assistência psiquiátrica, em um período marcado por restringir a manifestação das camadas populares.

Um outro elemento que vale ser ressaltado com relação ao Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental é quanto à composição, abrigando profissionais das diversas áreas da saúde e outras áreas correlatas, mas não necessariamente técnicos em saúde. Assim, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental passa a caracterizar-se como “o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 57).

Conforme já nos referimos o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental foi influenciado pelos princípios da psiquiatria democrática de Franco Basaglia, que, no início da década de 1960, ao tomar posse como diretor do manicômio da cidade de Gorizia, na Itália, o transformou em um tipo de comunidade terapêutica e propôs a integração das pessoas acometidas por transtornos mentais na sociedade, na tentativa de desarticular o manicômio (BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 1999).

Nesse contexto, surge uma série de denúncias com vistas à obtenção de mudanças no modelo manicomial, baseadas nos princípios de humanização e transformação do hospital psiquiátrico. A instituição psiquiátrica, até então, caracterizava-se como instituição total, segundo a definição de Erving Goffman, ou ainda, instituição da violência com o fim de invadir sistematicamente o espaço pessoal do doente. Para Basaglia (1985), instituições como fábricas, escolas, prisões e hospitais constituem-se segundo uma visível divisão de funções entre os que têm poder e os que não o têm. Acrescente-se que tal divisão é produtora de uma relação de opressão, violência e exclusão.

A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. [...] Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que se tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e manicomial. A violência e a exclusão são justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, na segundas, da

‘culpa’ e da ‘doença’. Tais definições podem ser definidas como *instituições da violência* (BASAGLIA, 1985, p. 101, grifo do autor).

Percebemos nestas observações que os posicionamentos de Goffman e Basaglia em muito se aproximavam, uma vez que ambos perceberam o modo como eram construídas as relações terapêuticas no interior dos hospitais psiquiátricos, onde os doentes, através dos “atos terapêuticos” eram forçados a se adaptar à condição de objetos de violência⁴³.

Dessa forma, Basaglia assume uma postura crítica diante dos paradigmas da psiquiatria clássica e hospitalar, substituindo os modelos manicomial por uma rede territorial de atendimento com serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para as pessoas portadoras de transtornos mentais. Tais serviços foram credenciados, em 1973, pela Organização Mundial da Saúde, como principal referencial mundial para um redirecionamento da assistência psiquiátrica em saúde mental (AMARANTE, 1996). A atuação de Franco Basaglia na Itália espalhou-se pelo mundo, vindo a influenciar também as práticas psiquiátricas e de saúde mental no Brasil, trazendo a idéia de desinstitucionalização para compor o ideal dos movimentos⁴⁴.

Além da atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental no contexto específico da assistência psiquiátrica, tanto com relação às práticas, como também aos saberes, este movimento ainda incorporou o discurso presente nos movimentos populares que, em virtude do momento político, buscavam garantias legais de direitos civis e sociais. E, seguindo os princípios da psiquiatria democrática italiana, a luta pela cidadania e pelos direitos dos pacientes psiquiátricos também foi incorporada à linguagem deste Movimento.

O desenvolvimento da atuação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e sua articulação com outras entidades, instituições e associações, possibilitaram a realização de diversos eventos como congressos e encontros. Alguns eventos contaram com a presença de referências mundiais do pensamento crítico em saúde mental, como o próprio

⁴³ Basaglia (1985, p. 100) descreve procedimentos como o garrote, usado para fazer desmaiar pacientes agitados ao jogar um lençol “sobre a sua cabeça, em geral molhado para que não possa respirar, que depois se torce com força em torno do pescoço”.

⁴⁴ Além de Basaglia, também exerceram forte influência no cenário social brasileiro deste período as idéias de Foucault, Goffman, Castel, Szasz, Guattari e outros.

Basaglia, além de Robert Castel, Erving Goffman, Felix Guattari, Michel Foucault, entre outros⁴⁵.

A discussão do caráter não-institucional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental fez-se presente e ia de encontro aos princípios que defendiam a favor da desinstitucionalização⁴⁶. Como institucionalizar um movimento que defende a desinstitucionalização? O dilema residia na questão de que o objetivo do Movimento era caracterizar-se como um espaço de luta não-institucional, de debate e troca de idéias – o que nos lembra os ideais da Rede de Psiquiatria Alternativa européia –, no sentido de garantir autonomia e livrar-se da burocratização. Assim, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental acaba por dividir-se em dois segmentos, um que é absorvido pelas instituições públicas e dedica-se à luta no próprio campo das instituições, e outro que atua numa linha sindical buscando, inclusive, exercer vigilância sobre a atuação do primeiro segmento (AMARANTE, 1995). Neste momento, o Movimento acaba por distanciar-se dos princípios que os norteavam inicialmente (psiquiatria democrática e desinstitucionalização), retornando a esta linha de atuação posteriormente, já em fins da década de 1980 (AMARANTE, 1996).

A luta pela desinstitucionalização tinha por escopo desconstituir a institucionalização da doença mental e reconstruir as relações sociais em torno da loucura, dentro e fora da instituição. O processo de desinstitucionalização também se relaciona com as possibilidades de construção de cidadania, uma vez que pretende restituir a subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição, como observa Saraceno (1999), acrescentando, ainda, que se trata da possibilidade de recuperação da contratualidade, da posse de recursos para trocas sociais e para a cidadania social. Ainda sobre este movimento antiinstitucionalizante, Ornellas explicita que ele não apenas enfrenta o modelo de exclusão, como evidencia as contradições do sistema social quando o movimento “[...] propõe transferir aos próprios indivíduos necessitados de assistência e às suas famílias

⁴⁵ A informação sobre a vinda destes pensadores foi coletada durante as palestras realizadas por Paulo Amarante no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, entre os dias 09 e 13 de julho de 2005. Estes dados também constam em sua obra *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*.

parcela considerável das atribuições com o seu cuidado e manutenção, reduzindo as atribuições do setor público” (1997, p.198-199).

Interessante mencionar que, a partir deste período, o Movimento que, inicialmente, agregava trabalhadores em saúde mental e atuava como ator principal no cenário da reforma psiquiátrica, após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, percebe a necessidade de atuar em novas frentes, construindo uma nova forma de enfrentamento das questões em saúde mental. Este é um marco para a incorporação das entidades e associações de usuários e familiares que ainda não tinham um papel de destaque na discussão das políticas em saúde mental. Além disso, caminha no sentido de tornar-se um “movimento social pela reforma psiquiátrica”, estabelecendo como bandeira o lema “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995; 1996).

Assim é que surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que mais tarde passa a ser denominada como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Em suas análises, Ana Marta Lobosque frisa que não se trata de uma entidade instituída ou um partido, “[...] mas de um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa [...]” que acontece simultaneamente em diversos pontos do país (2001, p. 102). Ao refletir sobre os termos *luta antimanicomial*, reconhece como um enfrentamento que questiona poderes e privilégios em torno da busca “por uma sociedade sem manicômios”. Este era o novo lema do Movimento que a partir daí configura-se como um movimento social mais amplo que, além das propostas já mencionadas, pretende construir um novo lugar social para o sofrimento mental e comprometer a sociedade com as novas formas de se relacionar com isto.

3.2.3 *O movimento da luta antimanicomial*

A década de 1960 é um período muito relevante para a compreensão das novas configurações da assistência psiquiátrica no Brasil que se estenderam até tempos recentes. Após o Golpe de 64 a assistência à saúde, de modo geral, foi inundada por uma onda de privatização, o que não foi diferente no que diz respeito à assistência psiquiátrica. Além disso, o número de internações nos manicômios aumentava excessivamente, passando de 24.234 pessoas internadas em 1950, para 46.173 pessoas em 1960. O médico psiquiatra

Augusto Costa tece suas considerações acerca deste momento, conhecido também como a “industrialização da loucura”:

No campo da assistência psiquiátrica fomentou-se o surgimento das Clínicas de Repouso, eufemismo dado aos hospitais psiquiátricos de então, acrescido de método de busca e internamento de pessoas como, por exemplo, o realizado por ambulâncias que, durante os anos 60-70, percorriam as cidades, especialmente após clássicos de futebol, identificando indivíduos que portassem a carteira do INPS e que estivessem dormindo embriagados em via pública. Após a averiguação eram levados e internados com o diagnóstico de psicose alcoólica.

Vale salientar que só quem estava trabalhando e tinha a carteira profissional assinada é que tinha direito ao INPS, ou seja, eram pessoas produtivas e socialmente inseridas. Muitas dessas pessoas, que faleceram ou ainda habitam os manicômios brasileiros, iniciaram seu percurso manicomial legitimado pelo discurso preventista. Abasteceram e fizeram prosperar a recém-criada e rendosa indústria da loucura, que fez do louco o seu artigo de comércio. Assim, além das repercussões de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, o louco adquiriu mais uma: lucratividade (COSTA, 2003, p. 144).

Enquanto na década de 1960 o número de hospitais psiquiátricos no Brasil não chegava a 140 unidades, na década seguinte o número chegou a 341 unidades, destes 72 públicos e 269 privados, totalizando 80.000 leitos psiquiátricos. Esta tendência continuou até o início do processo de redemocratização do país, diminuindo somente quando inicia o processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, como podemos inferir no quadro que segue:

	Nº DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS		Nº DE LEITOS EM HOSPITAIS
	PÚBLICOS	PRIVADOS	
1971	72	269	80.000
1981	73	357	100.000
1991	54	259	88.000
1999	50	210	68.000

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Tabela 4: número de hospitais psiquiátricos no Brasil, públicos e privados, e número de leitos em hospitais entre 1971 e 1999.

Neste momento em que a loucura passou a representar fonte de lucro para a assistência psiquiátrica privada, é que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

protagonizou as práticas da reforma psiquiátrica, pautadas nos princípios da psiquiatria democrática basagliana de desinstitucionalização, na ampliação de direitos civis, políticos e jurídicos, numa tentativa de inaugurar um novo contexto de cidadania para as pessoas portadoras de transtornos mentais. Dessa forma o Movimento se organizou em redes⁴⁷, constituindo núcleos e grupos localizados por quase todo o Brasil, ganhando cada vez mais adeptos e, conseqüentemente, maior poder de ação.

Conjuntamente à articulação em redes, o MNLA passou a contar com encontros nacionais onde foram produzidos relatórios que nos permitem conhecer o nível de desenvolvimento das discussões internas do movimento, assim como suas propostas de políticas. O I Encontro Nacional do MNLA foi realizado em 1993, na cidade de Salvador e teve como tema central: “O Movimento Antimanicomial como movimento social”. Na pauta de discussão foram apresentadas questões acerca dos diagnósticos das doenças mentais, a necessidade de novas práticas terapêuticas, a garantia e proteção dos direitos e a desconstrução das representações sociais sobre os doentes mentais na sociedade como um todo: “É preciso mudar o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças, mas respeitá-las e garantir a heterogeneidade e a cidadania na sociedade” (RELATÓRIO, 1993, p. 15).

Já no I Encontro, pela leitura do relatório, podemos perceber que está explícita uma preocupação em torno das representações dos doentes mentais como improdutivos e por isso desnecessários para a sociedade. Não há, entretanto, uma obrigatoriedade de que para os doentes mentais seja construída uma nova imagem ligada à idéia de produção, mas que estes sejam resgatados para o convívio social e que se promova uma profunda discussão, da qual os próprios devem fazer parte, para que se encontre a melhor forma, de acordo com suas particularidade, de retornar à convivência na sociedade. Estas observações nos parecem muito interessantes, na medida em que, apesar de o movimento atuar como agente de proteção, coloca em dúvida o modo como o retorno à sociedade deve ser construído, mesmo demonstrando a urgência do debate.

⁴⁷ A formação de redes entre representantes da luta antimanicomial nos remete ao que ocorria na década de 1990, onde diversas ONGs passaram a se articular em redes na construção de uma nova definição de cidadania e da constituição de novas relações societárias, conforme salientado por Ilse Scherer-Warren: “Essas redes de movimentos podem ser definidas como interações horizontais e práticas sociopolíticas pouco formalizadas ou institucionalizadas, entre organizações da sociedade civil, grupos e atores informais, engajados em torno de conflitos ou de solidariedade, de projetos políticos ou culturais comuns, construídos ao redor de identidades e valores coletivos” (1999, p. 50).

O tema central do II Encontro realizado em Belo Horizonte, em 1995, foi “Cidadania e Exclusão”. As discussões internas específicas pautaram-se na temática da exclusão localizada em diferentes setores, como cultura, assistência, direito e trabalho. Ainda inserido nesta temática, o debate concernente à cidadania dos doentes mentais manteve-se na idéia do reconhecimento da subjetividade do sujeito e do direito à igualdade, mas também de suas diferenças.

O movimento antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla ao nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal (RELATÓRIO, 1995, p. 10).

Com o passar dos anos e o fortalecimento do movimento outros encontros foram realizados, sendo mantido o costume de que os mesmos acontecessem em diferentes cidades, contribuindo, dessa forma, para o fortalecimento de sua articulação em redes. Do mesmo modo, algumas questões permaneceram presentes nas discussões dos encontros, como a proteção legal, a cultura, o acesso ao trabalho e à capacitação para o trabalho, ultrapassando, assim, a questão da assistência e penetrando em um debate pela cidadania. Ressaltamos, ainda, a proposta de extinção dos manicômios – que à época era recebida com críticas duras por parte dos donos de clínicas psiquiátricas – e a defesa da autonomia das pessoas para decidirem sobre suas próprias internações.

Grande parte das questões apresentadas durante os encontros eram recebidas com muita polêmica, sobretudo por parte da categoria de psiquiatras, mais especificamente dos “empresários da loucura”, dos de clínicas privadas. Estas clínicas eram constantemente denunciadas pelas práticas de maus tratos dos pacientes e as ações do MNLA começaram a atingir o seu funcionamento⁴⁸. A partir da década de 1990 e com o incentivo da criação de uma rede de atendimento extra-hospitalar, o projeto de desospitalização esteve presente nas políticas do Ministério da Saúde que passou a recusar as solicitações de aumento de leitos em instituições com características manicomiais.

⁴⁸ No próximo capítulo, descreveremos o caso da Clínica Planalto do Distrito Federal que remonta a situação de precariedade, uso de técnicas violentas, escassez de equipe, de materiais e até da comida que era oferecida aos pacientes internados, demonstrando a situação dos manicômios privados que eram conveniados ao SUS.

É importante frisar que a resistência não se apresentava apenas entre os psiquiatras e donos de clínicas privadas. No entanto, um segundo campo de resistência eram as famílias, que apesar de muitas estarem presentes nos encontros e no próprio MNLA, outras recebiam com surpresa e críticas a política de desospitalização, a extinção dos manicômios e o retorno dos doentes mentais aos lares, pois não tinham condições de recebê-los, seja por falta de recursos financeiros, seja por falta de preparo da família para lidar com a doença. A resistência dos familiares rendeu, inclusive, uma manifestação de protesto contra a redução dos leitos nos hospitais no ano de 1992, na Câmara Municipal do Rio de Janeiro (MAIA; FERNANDES, 2002).

Todas essas questões foram enfrentadas pelo MNLA nos debates internos, nos encontros e, sobretudo, na formulação das propostas de políticas para a saúde mental. Para tanto, compreendemos que a própria composição do Movimento é um elemento facilitador e fortalecedor de sua articulação. Como sabemos, o MNLA era composto por profissionais de saúde mental, inclusive psiquiatras, familiares e doentes mentais, entre outras pessoas simpatizantes com a causa antimanicomial, como intelectuais, políticos e outros. Por isso, consideramos que a multiplicidade de integrantes e, principalmente, a participação dos próprios doentes mentais foi essencial para que se clarificassem as reais necessidades do campo da saúde mental e para o exercício da autonomia dos pacientes⁴⁹.

A articulação entre trabalhadores em saúde mental, usuários, ex-usuários, familiares e outros simpatizantes do movimento da Luta Antimanicomial culminou na apresentação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que tinha como foco central a extinção dos manicômios, a defesa dos direitos e da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, apontando, ainda, a necessidade de se responsabilizar a autoridade judiciária pela fiscalização das internações involuntárias.

Como veremos adiante, o projeto tramitou durante doze anos, sofrendo diversas modificações até ser aprovado no ano de 2001. Este ano foi um marco para o MNLA, não apenas pela aprovação da chamada “Lei da Reforma Psiquiátrica”, como também pela realização do V Encontro Nacional em Miguel Pereira no Rio de Janeiro, evento que marca a divisão do MNLA.

⁴⁹ O III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado em Porto Alegre em 1997 teve participação de 60% de doentes mentais (MAIA; FERNANDES, 2002).

O V Encontro teve como tema central uma proposta interessante de debate e redefinição dos objetivos do Movimento. Entendemos que uma vez alcançada uma de suas metas principais, a aprovação do projeto de lei, seria um momento importante para que fossem estabelecidas novas propostas de ação. Dessa forma, o tema era: “Luta Antimanicomial 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde vamos?”. Participaram delegações de 17 Estados, a saber: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Em todos os estados participantes haviam núcleos organizados do Movimento, totalizando no Encontro cerca de 600 participantes (RELATÓRIO, 2004).

Conforme pudemos observar nas narrativas de alguns profissionais do Distrito Federal que estiveram no V Encontro e a partir da leitura do seu relatório, que só foi publicado no ano de 2004, o Encontro foi, desde o início, um pouco tumultuado, inclusive, com grandes dificuldades para a votação das propostas. A sede do MNLA era representada pela Secretaria Executiva Nacional Colegiada do Rio de Janeiro e naquele Encontro deveria ser escolhida a nova sede – a transferência se dava de dois em dois anos –, mas isso também não foi possível.

Segundo consta no Relatório (2004), durante a Plenária Final quando da discussão do relatório “Propostas de Organização do Movimento”, os militantes não encontraram consenso e defendiam propostas excludentes, inviabilizando o andamento da votação. Alguns defendiam que as propostas eram representativas apenas para o Rio de Janeiro, desconsiderando a situação dos demais Estados. Antes mesmo que a discussão fosse retomada, a delegação de Minas Gerais, extremamente representativa para o Movimento, se retirou do Encontro, ato que foi seguido pela delegação de São Paulo.

O descontentamento com o andamento dos trabalhos no V Encontro foi generalizado e pudemos perceber isso nas narrativas dos profissionais entrevistados, mas também em conversas com militantes do Movimento de outras localidades. A partir daí o MNLA se dividiu e hoje temos o Movimento da Luta Antimanicomial, composto pelos membros que permaneceram, e a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, um novo movimento fundado por aqueles que saíram do MNLA. Apesar do interesse em aprofundarmos as questões que pautam esta nova articulação da luta antimanicomial, não

tivemos acesso a materiais ou maiores informações sobre a Rede Internúcleos. Consideramos que mesmo havendo tensões políticas entre os dois movimentos, ambos parecem trabalhar na mesma perspectiva.

3.3 O Projeto de Lei nº 3.657 de 1989: trajetória e aprovação

O século XX é marcado por intensas discussões e difusão dos direitos humanos, que são atribuídos a diferentes categorias de minorias sociais, como a proteção dos direitos das mulheres, das crianças, de grupos étnicos minoritários, de vítimas de torturas e outras mais. No Brasil, a década de 1980 é um referencial para a intensificação dos debates sobre direitos, cidadania e participação, respondendo, dessa forma, à repressão militar da época. Este também é o momento de fortalecimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e que o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou à Câmara dos Deputados um projeto de lei tratando da política de desospitalização e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais⁵⁰.

O Projeto de Lei nº 3.657 foi apresentado em 12 de setembro de 1989 e tinha como ementa: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Na explicação da ementa, justificou-se que a internação psiquiátrica só seria indicada quando os demais recursos hospitalares fossem insuficientes, onde acrescentou a urgência do projeto (Diário do Congresso Nacional do dia 13 de setembro de 1989, página 9275).

A leitura do Projeto em Plenário se deu em 28 de setembro de 1989, quando foi enviado à Comissão de Constituição, Justiça e Redação – CCJR e à Comissão de Saúde, Previdência e Seguridade Social (Diário do Congresso Nacional do dia 29 de setembro de 1989, página 10696). Seguidamente, no início de 1990 o Projeto foi distribuído à Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania – CJCC (Diário do Congresso Nacional, do dia 22 de maio de 1990, página 5386) e à Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF (Diário do Congresso Nacional de 20 de abril de 1990, página 3143).

⁵⁰ Observamos que em toda a história do MNLA, o Fórum Mineiro de Saúde Mental sempre foi muito articulado e representativo, o que consideramos ter tido significativa importância para a apresentação do referido projeto de lei, já que o Deputado Paulo Delgado também é de Minas Gerais.

No final do mês de junho do mesmo ano o Projeto recebeu pareceres favoráveis da CCJR e da CSSF, esta última pela aprovação com emenda. Após a rediscussão das emendas oferecidas ao Projeto, o mesmo foi enviado ao Senado Federal em 14 de dezembro de 1990 (Diário do Congresso Nacional, de 15 de dezembro de 1990, página 14479). O trâmite no Senado perdurou desde o início de 1991, até 1999 quando aprovaram o Projeto com substitutivo, que retornou às Comissões. Em 06 de abril de 2001 o projeto foi sancionado e convertido na Lei nº 10.216.

A trajetória do Projeto de Lei nº 3.657 rendeu doze anos de tramitação e a aprovação de uma lei significativamente diferente da proposta inicial. Sua tramitação refletiu a intensidade do enfrentamento travado entre movimento social e donos de clínicas psiquiátricas privadas e hospitais conveniados. O *lobby* dos empresários junto aos congressistas fez-se presente em diversas ocasiões, como em 1991, seguidamente à entrada do Projeto no Senado, quando a Federação Brasileira de Hospitais – FBH encaminhou um abaixo-assinado conseguindo o adiamento de sua votação e posteriormente o oferecimento de um Substitutivo ao Projeto por iniciativa do Senador Lucídio Portela (PSDB-PI).

O Substitutivo foi aprovado em março de 2001 quando retornou à votação da Câmara, no entanto foram suprimidos alguns artigos que eram contrários à política de desospitalização, à extinção progressiva dos manicômios e à própria luta antimanicomial, como o artigo 4º que previa a permanência da transferência de recursos públicos para a construção de novos hospitais psiquiátricos em regiões desprovidas de assistência apropriada. Conhecendo as propostas do MNLA à época da tramitação do Projeto, reconhecemos que a supressão deste artigo representa uma vitória do movimento social, pois desde então, não mais foi permitida a construção de novos hospitais e sim a substituição destes por outras modalidades de serviços como centros de atenção psicossocial (CAPS), hospitais-dia, entre outros.

Consideramos que a proposta inicial do Projeto de Lei tinha dois objetivos principais, modernizar a legislação vigente e redirecionar a assistência psiquiátrica, mediante a extinção progressiva dos manicômios. Neste direcionamento, obviamente outras questões específicas faziam-se presentes no Projeto, como a proteção dos direitos, a implantação de novos serviços etc. A legislação em vigor até 2001 datava de 1934, era o Decreto nº 24.559 que dispunha sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à

pessoa e aos bens dos psicopatas, assim como a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. O referido Decreto foi a principal medida do Governo Vargas com relação aos doentes mentais, onde constavam as seguintes afirmações:

Art. 3º, § 3º. Não é permitido manter doente com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral [...].

Art. 4º. São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste Decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, *asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social*.

Art. 10. O *psicopata ou indivíduo suspeito* que atentar contra a própria vida ou de outrem, *perturbar a ordem ou ofender a moral pública*, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tornar necessário em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestado médico, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Art. 21. Salvo o caso do iminente perigo para a *ordem pública*, para o próprio paciente ou para outrem, não será recusada a retirada do internando em qualquer estabelecimento [...].

Art. 26. Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são *absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil*. (grifo nosso).

Os artigos citados, bem como outros constantes do Decreto nº 24.559 (legislação em anexo), nos remetem à situação social à qual os doentes mentais foram submetidos ao longo do tempo⁵¹. Infere-se desta leitura, que a doença mental era tida como caso de polícia e de ordem pública e para isso a psiquiatria é reconhecida como entidade dotada de amplos poderes sobre os doentes mentais, que perdiam a sua cidadania. Esta foi uma das questões as quais o Deputado Paulo Delgado se remeteu ao justificar a importância e a urgência do projeto:

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica de novas alternativas assistenciais. [...] A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde

⁵¹ Com referência ao Decreto nº 24.559 de 1934, é oportuno mencionar que para a época de sua edição poderíamos dizer que há também previsões positivas em seu texto, revelando um sentido de preocupação do Poder Público em proteger e cuidar dos doentes mentais. Entretanto, pelo que conhecemos da história da loucura no Brasil ao longo do século XX, o tratamento oferecido aos doentes mentais pouco se aproximou, na prática, do que estava previsto na legislação vigente.

mental. [...] No Brasil, da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a Cultura, com a Filosofia, com a Liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger, em parte, os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (Diário do Congresso Nacional do dia 13 de setembro de 1989, página 9275).

Assim como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o Projeto nº 3.657 foi inspirado na Lei Basaglia, legislação italiana que resultou do movimento da Psiquiatria Democrática italiana da década de 1970. Visava, mais especificamente, além de modernizar a legislação vigente e redirecionar a assistência à saúde mental, banir a condição de periculosidade atribuída ao doente mental, garantir um tratamento eficaz, a inclusão social, os direitos e a cidadania dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental. Diante deste quadro, desde a sua proposição, travou-se um conflito de interesses econômicos, políticos e epistemológicos que perdurou, inclusive, após a sua aprovação.

O embate que protagonizou a tramitação do Projeto não recebeu pressões apenas internas, mas também internacionais. A datar da década de 1950, entidades internacionais também começaram a se posicionar acerca da importância da saúde mental no mundo. A Organização Mundial da Saúde – OMS definiu a saúde como “bem estar físico, mental e social”, recomendando maiores investimentos em ações de saúde mental e que fosse substituído o termo doença mental por saúde mental. Este é o período que a saúde configura-se enquanto direito, como podemos inferir a partir do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais, de 1966, que anuncia os mecanismos de proteção e segurança ao exercício pleno deste direito, quando afirma que “os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”⁵².

As pressões internacionais não se deram somente no período anterior à proposição do Projeto, mas também durante a sua tramitação. A Declaração de Caracas, fruto da

⁵² Este Pacto foi adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de novembro de 1966, e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS em 1990, revela-se como uma das primeiras iniciativas voltadas para a adoção de políticas públicas e proteção de direitos em saúde mental no âmbito da América Latina, declarando que:

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis. [...]
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.

Paralelamente à tramitação do Projeto de Lei, a década de 1990 marca ainda a aprovação das legislações estaduais presentes em pelo menos sete estados da Federação, além do Distrito Federal. Todos os estados que aprovaram suas legislações locais contavam, ainda, com núcleos da luta antimanicomial, manifestando-se, desse modo, como importantes grupos de pressão para a aprovação do Projeto. O direcionamento das legislações estaduais, em conformidade com o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, prevêem a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos por outros serviços alternativos, o incentivo para os centros de atenção diária, a fiscalização e a notificação das internações involuntárias, bem como a proteção dos direitos das PATM.

O Ministério da Saúde também assumiu um importante papel no que concerne ao redirecionamento das políticas de saúde mental. Em 1992 o Ministério lançou campanha cujo tema era “doença mental não é crime” com a intenção de desconstruir o caráter de periculosidade ligado à loucura e o preconceito da sociedade sobre o louco. Destacou-se, ainda, atuando frente ao Congresso manifestando-se pela aprovação do projeto e se colocando em posição contrária aos *lobbies* dos proprietários das clínicas privadas, ao defender o tratamento dos pacientes psiquiátricos em ambulatorios, extinguindo progressivamente as internações. Ademais, foram formuladas portarias e resoluções no sentido de redirecionar a política de saúde mental em conformidade com os princípios de desospitalização e humanização do atendimento em saúde mental.

3.3.1 *Outras políticas de reforma*

Como já foi descrito nos tópicos anteriores, ainda que a Lei nº 10.216, reconhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, tenha sido promulgada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso somente no ano de 2001, outras legislações, como nos estados, e políticas já tinham sido implementadas com vistas à substituição dos serviços de atenção à saúde mental oferecidos em hospitais e manicômios psiquiátricos. Uma das primeiras iniciativas nesse sentido trata-se da criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, em 1987, que teve grande influência nas mudanças ocorridas nos serviços por todo o país.

Diante da criação dos primeiros CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1992 o Ministério da Saúde editou as Portarias nº 189 e nº 224⁵³, com o objetivo de regulamentar a implementação e o financiamento de tais serviços, fundamentando-se, ainda, nas diretrizes que seguem os princípios da universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, e que garantem:

- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- a continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle da sua execução. (Portaria SNAS/MS nº 224, 1992).

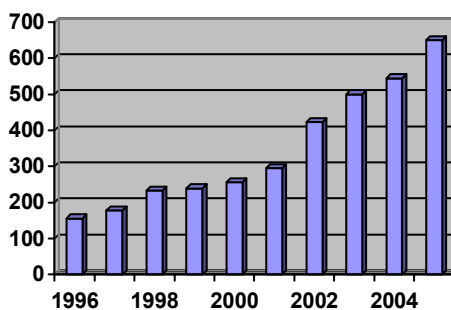
Os NAPS/CAPS constituem-se em unidades de saúde e que oferecem atendimentos intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, podendo ser, ainda, a porta de entrada dos serviços de atenção à saúde mental. São oferecidos atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares, atendimentos aos familiares dos pacientes,

⁵³ Recentemente, em 2002, a Portaria nº 336 de 2002, regulamentou cinco tipos de CAPS, a saber: CAPS I, destinado aos municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II, destinado aos municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; CAPS III, destinado aos municípios com população acima de 200 mil habitantes; CAPSi II, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes em municípios com população acima de 200 mil habitantes; e, o CAPS ad II, para o atendimento de PATM em decorrência do uso de substâncias psicoativas, com capacidade para atender municípios com população acima de 70 mil habitantes.

dentre outras atividades relacionadas à integração do paciente na comunidade e sua reinserção social. Conforme as orientações da Portaria, as equipes dos NAPS/CAPS deve ser multiprofissional, tendo, pelo menos, um(a) psiquiatra, um(a) enfermeiro(a), quatro profissionais de áreas diversas como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e profissionais de nível médios que possam vir a ser necessários para a execução das atividades.

Este modelo de serviço de atenção à saúde mental tornou-se referência para a política de saúde mental nacional e foi estendido por todo o país, sendo, ainda, um importante instrumento na diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos. Até agosto de 2004, segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, existem 546 CAPS distribuídos por todas as regiões do Brasil, mesmo assim, nenhum estado alcança o índice de 1 (um) CAPS por 100.000 habitantes como é recomendado. O melhor índice por estado é do Rio Grande do Sul que se aproxima de 0,7 CAPS por 100.000 habitantes, e o mais baixo está no Piauí, que não chega a 0,15 CAPS por 100.000 habitantes, e no Amazonas que não há nenhum CAPS. O quadro a seguir demonstra a evolução dos CAPS de 1996 até 2005:

Gráfico 1: evolução do nº de CAPS no Brasil segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (dados de agosto de 2005)



Entre outras previsões, no concernente ao atendimento hospitalar, a citada Portaria regulamenta a constituição e o funcionamento do hospital-dia de assistência à saúde mental, como outro recurso de atendimento intermediário entre a internação e o ambulatório. O hospital-dia, segundo a Portaria, deve estar localizado em área específica e independente da estrutura hospitalar, devendo ser constituído por salas para atividades em grupo, refeitórios,

áreas externas e leitos para repouso eventual. As atividades do hospital-dia são as mesmas dos CAPS, inclusive no tocante à formação das equipes.

Muitas outras políticas foram implementadas no campo da assistência psiquiátrica desde então e, mesmo com a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, estas não cessaram. Não seria possível aqui, fazermos um histórico completo de todas as ações nesse sentido, no entanto, gostaríamos de citar algumas iniciativas que consideramos essenciais neste processo. A primeira delas foi a criação dos *Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental*, que são casas localizadas, preferencialmente, na comunidade, destinadas às PATM com histórico de longas internações psiquiátricas e que não tenham suporte social e familiar para que seja viabilizada a sua inserção (Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000).

Consideramos que esta seja uma das mais importantes políticas adotadas no contexto da atenção à saúde mental, uma vez que não são poucas as situações em que os pacientes, mesmo com alta médica, não têm onde morar seja por abandono da família ou por condições de extrema pobreza. Além disso, mesmo aqueles que têm familiares, não têm condições de voltar ao seu convívio, por terem sido muito prejudicados pelas longas internações manicomiais e terem grave dependência institucional. Desta maneira, as residências terapêuticas se tornam uma opção viável para que este retorno se faça gradativamente, assim como a reconstrução de sua autonomia para a vida cotidiana.

Finalmente, devemos nos referir à Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais egressos de internações em hospitais psiquiátricos, sendo esta uma das ações que integram o programa de ressocialização “De Volta para Casa”. O benefício consiste em pagamento mensal de valor fixado à época em R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser pago diretamente ao beneficiário, ou ao seu representante legal no caso de incapacidade para os atos da vida civil.

Frente ao caminho que leva à desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a concessão deste benefício possui um grande significado para reinserção social das PATM, já que a questão econômica, da produtividade, sempre foi um obstáculo para o seu reconhecimento. No entanto, pelo que pudemos observar durante a pesquisa nas instituições e a partir dos discursos dos profissionais, a fiscalização do referido Programa nem sempre é

feita de forma a garantir que o paciente seja beneficiado, sobretudo nas situações em que o paciente é interditado e o auxílio é repassado ao seu curador.

Uma outra questão que merece ser pensada, é que de acordo com a legislação, é condição para o recebimento do auxílio que o paciente seja egresso de internação ininterrupta por período igual ou superior a dois anos. Entretanto, dependendo das condições e características de cada região, os pacientes têm longas carreiras de internação, mas que são interrompidas, e, assim, conforme previsão legal, não podem recebê-lo. Trata-se da situação do Distrito Federal, que segundo relato dos profissionais tem características particulares, mas com pacientes excessivamente institucionalizados e prejudicados que se enquadrariam no Programa.

3.3.2 Reforma psiquiátrica: dimensões e objetivos

Considerando a retomada histórica que fizemos até aqui, compreendemos que a reforma psiquiátrica é um processo que vem ocorrendo desde as primeiras iniciativas de redirecionamento da assistência psiquiátrica que surgem no final da década de 1970. Segundo Paulo Amarante (2003, p.58) trata-se de processo social complexo, “[...] dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam [...], um processo de reconstrução permanente [...]”.

O autor, que é referência não apenas nos estudos, mas na prática e militância em prol da saúde mental e da reforma, a delimita em três períodos. A fase de crítica ao modelo privatizante e manicomial, influenciada pela corrente da psiquiatria alternativa, seria o primeiro período. Em seguida, descreve o momento de institucionalização da reforma, quando o movimento se articulou com o movimento sanitário e passou a ocupar postos de representação na burocracia estatal, como meio de garantir transformações no âmbito das políticas públicas em saúde mental. Por fim, o período da desinstitucionalização, marcado pela forte influência da psiquiatria democrática italiana, onde a cidadania das PATM passa a ser compreendida não apenas pelo reconhecimento formal, mas como um projeto a ser construído no cotidiano das ações.

Com esta consciência, entendemos que o objetivo da reforma psiquiátrica não se limita às transformações institucionais, técnicas e administrativas, nem tão pouco em

implantar serviços mais modernos e humanizados. Trata-se de uma proposta de intervenção nas relações entre a sociedade e a loucura, de interferência nas representações dos sujeitos sobre a doença mental, seus significados e práticas. Além disso, tem como princípios fundamentais a inclusão social e a construção da cidadania das PATM.

Para tanto, o processo de reforma psiquiátrica situa-se em quatro dimensões: epistemológica, trazendo novos referenciais para pensar a doença mental e as práticas vinculadas; técnico-assistencial, com o estabelecimento de novas práticas no cuidado à saúde mental, de forma a desenvolver o potencial dos sujeitos, respeitando as suas diferenças; político-jurídica, com vistas a eliminar o caráter de periculosidade e incapacidade associado aos doentes mentais, bem como garantir respaldo legal para a proteção dos direitos das PATM; e, sócio-cultural, visando transformar o imaginário social, fazendo emergir novas representações e práticas sociais, e recolocando a loucura em novos espaços sociais, junto à sociedade (AMARANTE, 2003).

No que concerne às dimensões epistemológica e técnico-assistenciais, é possível afirmar que, diante do direcionamento da atual política de saúde mental, do posicionamento dos órgãos formuladores dessas políticas e dos dados sobre o desenvolvimento da desospitalização e da implantação dos serviços substitutivos, há um indicativo de avanço generalizado. O movimento antimanicomial teve um papel importante no sentido de pressionar a efetividade de tais transformações e hoje importantes representantes do movimento integram o aparelho estatal na busca de pensar a saúde mental partindo de novas categorias, novos paradigmas. E, ainda, que não haja um grande avanço nas práticas em saúde mental no contexto das instituições, particularmente consideradas, há uma tendência de que se desenvolvam no sentido de aplicar as diretrizes da reforma.

Inferimos, ainda, das diversas iniciativas legislativas, que visam garantir direitos e proteger as PATM, das políticas e programas adotadas pelo Ministério da Saúde, do posicionamento de outros setores governamentais acerca das questões que envolvem as PATM, que no plano formal, muito tem sido feito no sentido de considerar a dimensão político-jurídica da reforma. No entanto, no plano real, nem sempre tais ações são efetivadas, por falta de acesso, por burocracia ou por falta de vontade política.

A Lei nº 10.216/01 tem um importante significado nesta dimensão da reforma, por isso, inclusive é conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Ademais, o longo período

de tramitação do Projeto do Deputado Paulo Delgado, que foi desenvolvido conjuntamente aos representantes do movimento antimanicomial, foi cenário do enfrentamento entre os idealizadores da reforma e os que defendiam a manutenção do modelo manicomial. Por isso, a aprovação da Lei em si representa uma vitória política e jurídica no campo da saúde mental, sendo, ainda, respaldo legal para garantir que as ações sejam efetivas.

Entre as maiores inovações constantes da Lei nº 10.216/01 podemos considerar as constantes do seu artigo 4º, § 3º, proibindo a realização de internações em espaços institucionais com características asilares, isto é, as desprovidas de serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social, de lazer e outros (§ 2º), bem como onde não sejam assegurados os seguintes direitos: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, nos termos do parágrafo único, do art. 2º.

Como podemos perceber, muitos direitos foram assegurados por esta Lei, mas esta não seguiu a tradição legal brasileira em elaborar textos longos e repletos de detalhamento. Além disso, a maior exigência do movimento antimanicomial não foi incluída no texto da Lei. Trata-se da extinção dos manicômios, que acabou ficando de fora, restando o contentamento com a limitação de investimentos em novos leitos nestas instituições⁵⁴.

Entre outras inovações positivas para a conquista da cidadania das PATM, a mencionada Lei, trouxe a obrigatoriedade de se notificar o Ministério Público sobre todas as internações involuntárias, no prazo de 72 (setenta e duas) horas. Tal previsão foi muito pertinente, tendo em vista o papel que a Carta Magna de 1988 atribuiu ao Ministério Público de instituição defensora dos cidadãos. Porém, não consta em parte alguma do

⁵⁴ A extinção dos manicômios estava prevista no Projeto de Lei apresentado em 1989, mas foi eliminado do texto aprovado. Em anexo, consta um quadro comparativo entre os dois textos.

referido texto legal, que tipo de sanções serão aplicadas àqueles que não cumprirem tal determinação. Tal previsão também não se encontra descrita na Portaria Ministerial nº 2391, de 26 de dezembro de 2002, que regula o controle das internações involuntárias e voluntárias, e os procedimentos de notificação ao Ministério Público. Ademais, a Portaria não regulamenta a situação das internações compulsórias, mediante decisão judicial, que é recepcionada pela Lei nº 10.216/01, ou seja, o seqüestro do portador de transtorno mental. Dessa forma, podemos concluir que algumas questões ainda permanecem da mesma forma em que vinham sendo tratadas em legislações ordinárias anteriores.

Com relação à dimensão sócio-cultural da reforma, entendemos que esta, talvez, seja a mais complexa, uma vez que tem por escopo alcançar o imaginário social, intervir no surgimento de novas representações sobre a loucura e a doença mental, o que só pode ser feito com o tempo e com uma interação e construção cotidiana. Algumas experiências nos estados demonstram como este trabalho pode ser feito, cite-se a Rádio Tam-Tam em Santos-SP e a TV Pinel no Rio de Janeiro, que são ações com o fim de solidariedade e cidadania, mas que tentam fazer uma ponte entre a doença mental e a sociedade.

Com o mesmo direcionamento, podemos citar, ainda, a experiência de Campinas, que tinha um hospital psiquiátrico em condições de extrema precariedade e nos moldes manicomiais, mas que desde 1989, a partir de um convênio firmado entre a instituição e a prefeitura local, iniciou um processo de transformação em todas as esferas do atendimento. Desde então, foram criados cerca de 6 (seis) CAPS e mais de 30 (trinta) residências terapêuticas, sendo que os CAPS estão vinculados diretamente aos centros de saúde, que também têm uma equipe mínima de saúde mental. Além disso, são firmados constantemente outros convênios com fundações culturais e centros de convivência com o fim de desenvolver ações de reinserção social e aproximar os pacientes da sociedade. A experiência de Campinas tornou-se um modelo de atenção à saúde mental:

[...] na experiência de Campinas eles tiveram o cuidado de fazer um trabalho com a população. Então, assim, a grande estratégia que eles fizeram foi fazer uma assessoria de comunicação, então eles criaram um jornal, eles criaram uma rádio, colocaram as pessoas pra dar palestras para os usuários, pra ir nas universidades [...] pra dar workshop de comunicação, fazer vídeos pra levar em congressos. Então assim criaram um Núcleo de Oficina de Trabalho, então começaram a produzir coisas maravilhosas e montaram uma loja no centro da cidade, e essas oficinas

de trabalho funcionam mais ou menos como uma cooperativa. Então isso tudo ajudou a desmitificar essa idéia de que o louco ele é improdutivo, por exemplo, então assim esse trabalho das oficinas foi super divulgado na televisão, no rádio, nos jornais de circulação na cidade. [...]o grande lance da experiência de Campinas foi esse, de estar trabalhando com esse imaginário mesmo. Então assim eles fazem muitos eventos na rua, todas as feiras que têm na cidade eles estão participando, com seus produtos. E a Rádio Maluco Beleza que é um convênio da Rádio Educativa, então uma vez por mês passa um programa da Rádio Maluco Beleza [...] E o modo estratégico que eles fizeram, em um dos CAPS: os pacientes fizeram a recuperação de todas as praças do bairro, então assim foi feito um convênio com a prefeitura, eles recebiam um salário e iam pra rua restaurar as praças e tal, então os moradores não tinham muito motivo pra falar ‘ah, eu não quero esses doidos aqui’, eles estavam plantando flores, eles estavam embelezando o lugar, e assim de uma forma muito harmônica (trecho de entrevista – PS1).

3.4 Reforma psiquiátrica no Distrito Federal

Retomando, brevemente, os dados históricos sobre as instituições psiquiátricas que pesquisamos, acreditamos não incorrer em erro ao considerar a fundação do Instituto de Saúde Mental (ISM), em 1987, como a primeira ação em prol da reforma psiquiátrica. Ainda que este não tenha sido o objetivo, a proposta de uma instituição aberta há quase vinte anos representa uma grande inovação no que tange à assistência psiquiátrica da época. A notícia de que seria implantado um hospital psiquiátrico aberto na Granja do Riacho Fundo pegou muitos profissionais de surpresa e a reação não foi muito positiva, conforme relatado por uma de nossas entrevistadas:

Imagina um hospital psiquiátrico naquele lugar! É tudo aberto, nós não vamos ter segurança nenhuma e os pacientes podem fugir...o terreno é enorme tem piscina e lago, como vão ser controlados? [...] Hospital com banheiro de mármore carrara e espelhos? Ninguém queria vir trabalhar aqui, tinham medo até dos talheres que os pacientes iam usar pra comer, tinham muito medo (trecho de entrevista – AS2).

Mesmo diante das resistências, o ISM começou a funcionar em junho de 1987, inicialmente com sete profissionais e dez pacientes, constituindo-se enquanto uma instituição fora dos padrões manicomiais tradicionais e prezando pela cidadania dos pacientes, por um tratamento digno, articulado com os familiares e no modelo aberto. De lá pra cá o ISM chegou a ser referência na assistência à saúde mental no Brasil.

O Hospital São Vicente de Paula também teve seu momento de transformação que começou pelo próprio nome da instituição. Em meados da década de 1990, mudanças importantes foram feitas na estrutura do hospital, como já foi descrito no capítulo da construção da pesquisa. Tais transformações foram muito significativas, pois o HSVP é a principal instituição psiquiátrica, a que tem mais pacientes ainda hoje e o modelo de atendimento foi totalmente redirecionado da assistência tradicional, para se adequar às propostas de reforma. Foram implantados o hospital-dia, o serviço social passou a ter um importante papel no recebimento dos pacientes para que estes não fossem enviados diretamente para internação, que praticamente deixaram de existir. No entanto, hoje o quadro está bem distante disso, ao contrário, o velho modelo está instalado, a estrutura do hospital é extremamente precária e não há um médico sequer que não seja psiquiatra.

Por isso que eu estou dizendo, o São Vicente não era pra existir, não tem nenhum clínico aqui, o que tinha foi embora. [...] nós temos pacientes com situações sérias, diabetes, paciente com hipertensão, paciente cardíaco e a gente diz que tem que levar pro hospital-geral, fazer um controle. Não é porque ele é paciente psiquiátrico que não tem outras coisas, doido também tem outras questões, também tem doenças, ele é gente. Se você souber a dificuldade que tem a família... Tem paciente que precisa de nós pra acompanhar pra internar e um paciente morreu, eu não acreditei. Estava tão sério, tava tão detonado, era um paciente diabético, com problema pulmonar e no dia que foi levado pela família não quiseram internar porque era paciente psiquiátrico e mandaram pro São Vicente. Ele não estava em crise psiquiátrica, ele estava compensado, ele estava com complicações clínicas. Então tudo isso, o próprio posto de saúde, se chegar uma pessoa e disser que quer marcar uma consulta clínica, aí dizem assim ‘você faz tratamento aonde?’, aí eles respondem no São Vicente, ‘então tem que ir é pra lá’. Essa questão do acolhimento, a forma de olhar, de olhar a pessoa...é doido aí vai pro São Vicente? Por isso pra mim o São Vicente tinha que acabar. (trecho de entrevista – AS1).

Em novembro de 2005 o HSVP passou por uma grave intervenção da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Distrital, MPDFT, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), representantes da vigilância sanitária e dos bombeiros, em virtude de um suicídio de paciente internado. O paciente era depressivo, já tinha sido internado outras vezes e um dia após a refeição pulou a cerca do pronto-socorro, atravessou a rua e se jogou de cima de uma torre de telefonia próxima ao hospital.

De modo geral, a percepção que temos dos pacientes aos nos aproximarmos das alas de internação é de descuido, muitos pacientes ficam descalços (alguns profissionais justificavam pelo fato de alguns nunca terem usado calçados e preferirem ficar sem) e sujos. Apesar de a equipe de terapia ocupacional informar que desenvolviam algumas atividades com os pacientes internados, ao longo dos dias em que estivemos lá os pacientes pareciam ociosos.

Este quadro também foi constatado pela equipe de inspeção nacional em prol dos direitos humanos realizada no ano de 2004, conforme os registros do Relatório de Inspeção, que foi realizada em dezesseis estados brasileiros e no Distrito Federal⁵⁵:

[...] os pacientes das alas de internação apresentavam um aspecto que evidenciava descuido da instituição. Muitos dos homens estavam descalços, sujos e ociosos. As mulheres se apresentavam com um aspecto um pouco melhor.

Não foi constatada qualquer cela forte ou quarto de isolamento. Havia um paciente com contenção física, dormindo. Estava amarrado com panos, pelos pulsos e pelos tornozelos (2004, p.49).

No âmbito da rede pública, tivemos a oportunidade de conhecer dois hospitais-dia, o do HSVP e do ISM. O hospital-dia do HSVP era muito precário, sobretudo quanto à estrutura, pois funcionava no subsolo do prédio administrativo do Hospital, com poucas salas e em total desconformidade com as recomendações do Ministério da Saúde, inclusive por não ser permitida a instalação de hospital-dia nas dependências de hospital psiquiátrico. Recentemente, houve indícios de que o HSVP seria fechado, entretanto, diante da falta de serviços substitutivos, por enquanto, apenas o hospital-dia teve suas atividades encerradas e os pacientes transferidos para o ISM.

O hospital-dia do ISM é bem melhor estruturado em todos os aspectos, tanto no que se refere à estrutura e aos serviços, como com relação à formação das equipes. As atividades são desenvolvidas por grupos que recebem o nome de plantas locais e cada grupo atende uma média de 10 a 15 pacientes. Cada grupo é formado por uma equipe multiprofissional independente dos demais, exceto as assistentes sociais, que são apenas duas para toda a instituição. As salas do hospital-dia ficam na casa principal, em frente à piscina e diante de uma extensa área verde. Quando não há reuniões nos grupos, os

⁵⁵ A Inspeção Nacional visitou apenas o HSVP no DF.

pacientes dedicam-se às atividades das oficinas – serigrafia, música, artes, horta e outras –, eventualmente estão em atendimentos individuais ou circulando pela área do ISM. O ISM é cadastrado como CAPS, mas na prática não funciona enquanto tal, principalmente por ter pacientes morando em suas dependências.

Os serviços substitutivos do DF também não atendem às demandas locais. Não há nenhum outro CAPS, exceto um CAPSi II, para crianças e adolescentes, e um CAPS ad II, para pacientes com transtornos decorrentes de uso de substâncias psicoativas. Há, atualmente, uma proposta de implantação de um CAPS na cidade satélite do Paranoá, que segundo informações que obtivemos juntos aos profissionais, não é um local com uma grande demanda de atendimento em saúde mental se comparado a locais como Taguatinga, Ceilândia e Gama, por exemplo.

Enquanto estivemos no HSVP a equipe que estava prevista para trabalhar no futuro CAPS estava lá fazendo treinamento para o atendimento no CAPS, mesmo o HSVP estando bem distante do que poderíamos chamar de serviço substitutivo. O Paranoá que já tem um hospital ocioso inaugurado recentemente, terá um CAPS funcionando em um espaço onde deveria estar uma creche. Além disso, ainda que este CAPS esteja vinculado à Secretaria de Saúde do DF, bem como os recursos para implantação e funcionamento, todo o quadro de funcionários é oriundo da *Fundação Zerbini*, o que para alguns profissionais da SES representa uma gradativa privatização dos serviços de atenção em saúde mental locais.

Ainda que tenha alguns avanços com relação ao redirecionamento da assistência psiquiátrica no DF, ao que parece, o principal obstáculo para que novas práticas e novos serviços sejam instituídos parece ser a vontade política. Como já dissemos, já tivemos no DF serviços de referência nacional e o próprio HSVP que hoje corre risco de ser interditado já esteve em uma situação bem mais adequada, mas que retrocederam com as mudanças de partido no governo.

A reforma psiquiátrica em Brasília parece estar associada a uma causa político-partidária e não a uma questão social que precisava estar integrada às políticas locais, independentemente de governo. Não queremos dizer com isso que a reforma psiquiátrica não seja um projeto político, porque como já vimos, esta é uma das dimensões deste movimento. Mas o quadro político local gerou uma situação em que a reforma psiquiátrica passou a ser um projeto político específico dos partidos de esquerda, o que, segundo foi

possível observar nas entrevistas, obstaculiza todo o avanço do processo. Assim, além da falta de vontade política governamental, há, ainda, os profissionais que se reconhecem enquanto agentes da reforma, mas que se recusam a agir em função de estarmos sob um governo de direita, e há os que não agem por não se identificarem com os partidos de esquerda.

É como se a reforma fosse só do PT, de um grupo [...]. Até para profissional de saúde a coisa continua muito centralizada naquelas pessoas que sempre buscaram a reforma, que participaram do movimento, mas você vê que a coisa não evoluiu. [...] vêem a reforma como uma causa específica do PT, dessas pessoas, dos profissionais. Aí confundem e não vêem a gente como profissional, vêem como petista, como um rebelde, uma pessoa que é contra o governo (trecho de entrevista – A2).

E a reforma em Brasília é uma vergonha nacional [...] é desanimador trabalhar com saúde mental aqui [...]. aqui em Brasília eu só vejo um conjunto de coisas que atrapalham, porque você pega os profissionais todos desmotivados e com razão, porque tudo o que foi começado não foi pra frente, não tem nada da reforma aqui em Brasília que foi pra frente, tudo já foi pensado aqui e nada foi feito. Sabe então assim, residência terapêutica, essa história de residência terapêutica até eu já cansei disso, porque tem cinco anos que já se fala disso aqui, cinco anos, e de seis em seis meses se retoma esse furor ‘vamos fazer as residências’, aí vai, faz tudo, bota o projeto na mesa do Secretário e não se sabe o que acontece com o projeto, se some, sei lá o que acontece, eu sei que as coisas não saem do papel (trecho de entrevista – PS1).

3.4.1 Luta antimanicomial e legislação distrital

O movimento da luta antimanicomial no DF, atualmente, está relativamente enfraquecido. Não há uma secretaria constituída e não há um movimento institucionalizado com ampla participação de usuários, familiares e profissionais. Diante do racha do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) após o Encontro de 2001, os representantes da luta antimanicomial do DF passaram a integrar a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, constituída em março de 2003, como opção para os que desejavam se separar do MNLA.

Antes disso, enquanto o movimento estava unificado, a participação do DF nas discussões nacionais também não era intensa. Os participantes do movimento local eram –

e talvez ainda sejam – os representantes do Conselho de Psicologia, o Movimento Pró-Saúde Mental, que era um braço do MNLA no DF, representantes da Comissão de Direitos Humanos e estudantes, mas não há, ainda hoje, um fórum de saúde mental com significativa participação de usuários, familiares.

A fundação da INVERSO no ano de 2001 se fez também nesse sentido, já que entre os seus idealizadores e fundadores há representantes dos grupos que mencionamos acima e uma de suas propostas era justamente conciliar clínica e política, articulando não apenas profissionais, mas usuários e familiares. No V Encontro Nacional, que também ocorreu naquele ano, profissionais da INVERSO se movimentaram no sentido de convidar os outros profissionais das instituições psiquiátricas do DF, usuários e familiares para comparecerem ao evento no RJ. Contudo, tal proposta não foi bem recebida nas instituições e houve uma campanha destas para que os familiares não autorizassem a ida dos usuários:

Olha a participação de Brasília foi uma coisa bem peculiar também [...] nesse momento do encontro foi no ano que a gente fundou a INVERSO, então a gente tava assim empolgadíssimo, e a gente começou a fazer meio que uma campanha nas instituições pra incentivar as pessoas a irem para o encontro. [...]O que aconteceu foi que as direções das instituições tiveram uma reação assim bem absurda que foi ligar pra casa de todos eles e dizer pras famílias que não era pra deixar eles viajarem, porque estavam com um monte de gente irresponsável, que eles iam se perder no RJ, começaram a fazer um terrorismo psicológico assim com as pessoas, pra elas não irem para o encontro, porque lá iam falar de política, que as pessoas iam entrar em crise. E aí o que a gente fez, a gente começou a fazer na INVERSO algumas reuniões, assim com técnicos que tinham a ver com a história da reforma, chamando os usuários, falando da lei, falando do movimento nacional, pra tá contando um pouco do que ia ser o encontro. E aí a gente fez várias reuniões, que a gente chama de reuniões de formação política, pra mostrar pras pessoas que não era nada disso, que a gente não estava indo se perder em lugar nenhum, e que a gente estava indo participar de um movimento social que tinha uma implicação direta na vida deles (trecho de entrevista – PS1).

A delegação de Brasília para o Encontro formou-se em conjunto com a de Goiânia, sendo constituída por cerca de 40 pessoas, entre profissionais e usuários. Alguns usuários que participavam do Encontro são freqüentadores da INVERSO ainda hoje e descrevem esta como uma experiência inesquecível, pois algumas pessoas nunca tinham sequer saído de Brasília e tiveram a oportunidade de conhecer e participar de um espaço de ampla discussão social e política.

No que tange aos aspectos legislativos, como já descrevemos a legislação federal chegou tardiamente, quando vários estados já tinham aprovadas as suas próprias leis visando redirecionar a assistência psiquiátrica, inclusive no DF. Em 12 de dezembro de 1995 foi aprovada a Lei nº 975 que fixou as diretrizes para a assistência à saúde mental e explicitou, logo em seu artigo 1º, a preocupação em garantir a cidadania das PATM:

Art. 1º A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, enfatizando-se:

- I – tratamento humanizado e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II – proteção contra qualquer forma de exploração;
- III – espaço próprio, necessário à sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação;
- IV – integração à sociedade, através de projetos com a comunidade;
- V – acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

Diante do que é recomendado pela referida Lei, percebemos que, no plano formal, o DF já avançava no sentido de fazer acontecer uma reforma psiquiátrica local, redirecionar a assistência à saúde mental e garantir a cidadania das PATM. Dessa forma, entre as modalidades assistenciais previstas foram definidas, além do atendimento ambulatorial e da emergência psiquiátrica em pronto-socorro de hospital geral, hospitais dia e noite, NAPS/CAPS, centros de convivência, oficinas terapêuticas, lares abrigados, entre outras.

Como já vimos, os avanços não se limitaram ao plano formal, mas se estenderam às transformações do plano real, alterando a estrutura dos hospitais, implantando hospitais-dia, formando equipes multiprofissionais, que ao longo do tempo acabaram por retroceder até chegar ao quadro atual. Outra previsão legal constante desta Lei trata-se da obrigatoriedade de que todas as internações involuntárias fossem comunicadas à Defensoria Pública em um prazo de 48 horas.

Vale ser mencionado, ainda, a proibição de se autorizar a construção e o funcionamento de novos hospitais e clínicas psiquiátricas especializadas, assim como o aumento de leitos nos hospitais já existentes, a realização de psicocirurgias e outros tratamentos invasivos e irreversíveis, exceto quando autorizado previamente pelo usuário ou por seu representante legal. Todas essas iniciativas nos fazem crer que o DF sinalizou positivamente para avançar no processo de reforma psiquiátrica local, contudo, mais uma

vez a falta de vontade política e de uma atuação efetiva dos órgãos fiscalizadores fazem com que as ações não aconteçam na prática.

3.4.2 O caso da Clínica Planalto

No decorrer da pesquisa em todas as instituições, o caso da Clínica Planalto nos pareceu como um marco da reforma psiquiátrica no DF. A Clínica, fechada apenas em 2003, quando já se passavam oito anos da aprovação da aprovação da Lei distrital e dois anos da Lei federal, funcionava como um manicômio, para onde os pacientes crônicos eram mandados e esquecidos.

A Clínica de Repouso do Planalto funcionava em Planaltina desde a década de 1970, quando foi fundada por sete médicos, sendo seis psiquiatras e um otorrino, que vislumbravam construir uma clínica que se tornasse referência no serviço, já que Brasília, até então, não contava com um hospital psiquiátrico. Segundo os relatos dos promotores do Ministério Público que acompanharam o caso, eles vinham recebendo denúncias da extrema precariedade da Clínica desde o final da década de 1990.

Entretanto, a Clínica Planalto era conveniada ao SUS e representava a “válvula de escape” do HSVP que enviava pra lá todos os pacientes cronificados, os que não tinham vínculos familiares, entre outros:

Eu nunca fui lá, mas a gente encaminhava os pacientes pra lá. Quando o paciente era crônico e ia ficar muito tempo internado, até é uma contradição porque o crônico devia ficar pouco tempo, porque você já sabe pra quê que ele responde, o tanto que ele pode recuperar, já sabe o que ele tem, não tá investigando nada, então reduz a medicação e dá alta. Mas não, a maioria, por uma dificuldade às vezes de ter pra onde mandar esses pacientes, da família aceitar, porque a família pedia a internação prolongada porque não agüentava mais, então a gente mandava pra Clínica Planalto, porque ia dar tanto problema aqui, às vezes a gente dava alta e ainda ficavam aqui um mês pra resolver, então a gente encaminha pra lá (trecho de entrevista – MP1).

As condições da Clínica eram péssimas e muitos profissionais mesmo mandando os pacientes pra lá ou até os acompanhando até lá, sequer entravam nas dependências da instituição. Os profissionais que conheceram a Clínica a descrevem como os manicômios dos livros, que não poderiam imaginar que ainda existissem instituições nestes moldes:

Quando os clientes saíam daqui tinha um pessoal que ia pra lá, iam transferidos e eles falavam ‘pelo amor de Deus, não me manda pra lá não, não me manda pra lá’ e uns iam chorando, outros não queriam ir e eu nem entrava na ala, que era a ala do SUS, mas eu nem entrava na ala. Eu não agüentava entrar lá (trecho de entrevista – TE1).

A Clínica Planalto eu passei seis meses né, foi uma experiência bem ruim, às vezes eu acho que foi também uma experiência de crescimento porque eu vinha de uma proposta terapêutica e eu encarei...eu acho que eu vivi um momento daquele processo manicomial que a gente lê nos livros, eu vivi na clínica planalto...então assim, de ter semana que o paciente não tem medicação pra tomar, então o paciente...uma ala inteira em surto, piorada. A dificuldade de alguns dias a gente nem conseguir ir até ao pátio, fazer um vínculo com o paciente, fazer um contato, a gente via paciente assim muito debilitado, muito debilitado mesmo...muitos pacientes deficientes mentais, junto com doentes mentais, paciente neurológico [...]. A ala do SUS os pacientes que iam do HPAP, eles eram selecionados e encaminhados pra lá, então às vezes chegava ambulância com paciente sujo, bem deteriorado assim, aí abandonavam, largavam lá pra gente...havia uma briga na época entre as direções de lá e do HPAP, porque eles diziam que eles mandavam...eu quero lembrar o nome que eles usavam...eles mandavam o ‘lixo’ pra gente, o ‘lixo humano’, e eles ficavam com o melhor...e a direção de lá se queixava porque mandavam pra lá só os piores (trecho de entrevista – TO1).

Partindo da iniciativa de uma promotoria criminal de Taguatinga, houve uma reunião na sede do MPDFT, da qual participaram pelo menos oito promotorias relacionadas, e foi decidido que fariam uma “devassa” na Clínica. As denúncias também estavam sendo apuradas em comissões da Câmara Distrital, onde foram apuradas, além do tratamento precário e da violência contra os pacientes, dezenas de mortes e desaparecimentos que nunca foram esclarecidos.

A “comitiva” organizada pelo MPDFT para visitar a Clínica tinha mais de 40 pessoas, entre médicos de áreas diversas, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, além dos promotores e da polícia. A primeira providência tomada ao chegar à Clínica foi coletar a impressão digital dos 127 pacientes internados, já que não tinham documentos e os funcionários não sabiam identificá-los, muitas vezes eram conhecidos por nomes/apelidos dados pela própria instituição. Todos os pacientes foram examinados e, dentro do possível, levantaram a vida social de alguns pacientes.

O quadro geral em que a Clínica foi encontrada por esta equipe era caótica:

[...] havia compartilhamento de escovas de dente e nós constatamos em vários pacientes sífilis, doenças próprias de pacientes com AIDS[...]. [...] as calorias diárias eram por volta de 700, num processo infernal que foi montado pelos donos, para que os pacientes não tivessem gastos, e, portanto, eles conseguiram um pão de 30g ao invés de um pão de 50g. E a comida era uma água rala, com vegetais cozidos dos mais baratos possíveis e quando tinha carne era salsicha [...]. Então era cozido de salsicha com pepino, salsicha com abóboras e um caldo. Quando um paciente daqueles que toma remédios muito fortes, Aldol e outros mais, precisa de uma dosagem de no mínimo 2.500 calorias por dias para que a medicação possa ter um efeito positivo se não ele não consegue ter efeitos positivos e tal. Então os caras conseguiram reduzir a comida dos pacientes. Os pacientes não tinham comida pela noite, eles faziam o café da manhã ralo, que era um pão seco, sem manteiga e não podiam repetir. [...] E o jantar...ah o jantar não tinha comida à noite, tinha um jantar às quatro...tinha uma comida servida por volta das cinco horas da tarde e não tinha alimentação à noite. Os pacientes chegavam a comer o próprio corpo, tinha cara que comia pele, roía dedo, que roía pele. Tinha gente que roía portal de porta, de fome e desespero, porque a medicação era muito forte. [...] os pacientes não dormiam de fome, passavam a noite inteira andando pela clínica, perambulando lá por dentro e não dormiam e não davam sossego pra ninguém, aí vem a solução mágica, remédio pra poder dopar. [...] As mulheres não tinham absorventes femininos, nós encontramos mulheres menstruando escorrendo sangue pelas pernas. Escabiose, eles não tinham um ambulatório para o tratamento de parasitose em geral, de escabiose e outros sarnas e piolhos em geral que passavam de um pro outro (trecho de entrevista – PR3).

Diante disso, a Clínica que já estava há três anos sem alvará de funcionamento foi interdita e fechada em 23 de março de 2003. Foi feita uma triagem com os pacientes e alguns retornaram para as suas residências e outros foram redistribuídos na rede pública, indo uma parte para o HSVP e outra para o ISM. No entanto, não foi criado nenhum serviço substitutivo para atendê-los e nem as próprias instituições que os receberam tiveram tempo para se adaptar.

No HSVP foi criada uma nova ala de internação para os pacientes da Clínica e alguns estavam internados lá quando coletamos os dados. No ISM a situação ficou melhor, pois, ainda que eles continuem morando nas dependências de uma instituição psiquiátrica e serem muito institucionalizados, tem um bloco só pra eles, há um refeitório com nutricionistas que preparam as refeições de acordo com as necessidades do grupo, têm atendimento constante e circulam livremente pela área do ISM.

A maior crítica dos profissionais a esse respeito é o fato de não terem criado um serviço substitutivo para atender estes pacientes, de apenas terem fechado e recolocado os pacientes em outras instituições.

[...] que a Clínica Planalto era horrível, que era um absurdo como era feito o trabalho, todo mundo sabia que daquele jeito não podia continuar, mas foi o seguinte, de um dia para o outro, literalmente, em menos de 24 horas, já estávamos recebendo os pacientes aqui, então foi uma loucura, a enfermagem, a enfermeira-chefe foi conseguir cama, conseguir espaço e o único que a gente conseguiu foi aquele, a gente teve que se desfazer daquele espaço onde existiam as oficinas há anos, e teve que se desfazer pra poder receber os pacientes. Não é o local apropriado, não tinha pessoal das inúmeras áreas de tratamento, porque tem toda uma manutenção, tem que ver a comida, como seria a alimentação, gente pra trabalhar, e isso foi tudo em 24 horas. E eu acho que isso é um absurdo, não pode ser feito dessa forma. Melhorou pra eles? Pros pacientes? Sim...mas essa forma não tá certo (trecho de entrevista – MP2).

Atualmente, os pacientes da Clínica que estão no ISM vivem na enfermaria, um espaço onde não há divisões entre os leitos, nem entre homens e mulheres, há apenas um banheiro, mas estão assistidos constantemente e têm boa alimentação. A outra questão que afeta a situação destes pacientes é que não há residências terapêuticas no DF, que seria a indicação de muitos deles, por isso, cansados de esperar que o governo se mobilize para fazer as residências, representantes da INVERSO, do MPDFT e das instituições se reuniram recentemente para discutir a implantação de duas residências no próprio ISM, destinadas ao atendimento daqueles pacientes. Esta não é a recomendação da política nacional de saúde mental, contudo, é uma forma de iniciar um processo de desinstitucionalização destes pacientes que ainda são muito prejudicados.

CAPÍTULO IV

4. NARRATIVAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E CIDADANIA NO DF

“Dormir, comer, amar, caminhar, falar, trabalhar: tudo isso é a nossa vida cotidiana, a grandiosa banalidade de viver, trocando afetos e mercadorias. É essa cotidianidade que não tem legitimidade no hospital psiquiátrico (em psiquiatria), onde o dormir é regulado e o não dormir é uma iniciativa intolerável: o amar, proibido ou culposamente tolerado; o comer é nutrir-se; trabalhar é um direito descontínuo ou um dever traído. Para cada uma dessas banalidades existe um lugar e um tempo, existem regras, não normas; ao contrário, os espaços (e os tempos) do hospital, negando a banalidade do viver, negam os lugares e os tempos; afirmam as normas e deseducam com relação às regras”.
Benedetto Saraceno

O capítulo final de nosso estudo se remete às narrativas dos profissionais acerca da problemática central de nossa pesquisa. Consideramos esta como uma das mais importantes partes de nosso trabalho, uma vez que a análise das narrativas nos possibilita conhecer o desenvolvimento das representações sociais a partir das experiências dos sujeitos.

Inicialmente tratamos das dimensões de uma cidadania plena para as PATM, pensadas a partir dos referenciais teóricos sobre o tema relacionados com as perspectivas dos profissionais. Ainda no debate acerca da cidadania, trataremos das vias que a possibilitam e, para tal, adentramos nas experiências do trabalho desenvolvido na Oficina de *Rolinhos da Livre Expressão* da INVERSO.

Em seguida, nos concentramos nas narrativas dos sujeitos da pesquisa, as quais foram organizadas por categorias de profissionais, para demonstrar suas representações sobre a loucura e a doença mental, assim como suas percepções sobre a reforma psiquiátrica e a cidadania das PATM no Distrito Federal.

4.1 Dimensões de uma cidadania plena

Como podemos inferir do que foi exposto até aqui, a questão da cidadania das PATM é central no que concerne às discussões acerca da reforma psiquiátrica brasileira e da política de saúde mental. Grande parte da legislação mais recente traz a questão do respeito e da garantia da cidadania das PATM, assim como também está presente nas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, nos Relatórios de Encontros do MNLA e até, nos debates dos Fóruns Sociais Mundiais. Mas sobre qual cidadania estamos falando?

Pensar em cidadania na sociedade contemporânea significa, quase que necessariamente, falar em direitos que são garantidos e acessíveis e que possibilitam o exercício de uma “cidadania plena”. Para José Murilo de Carvalho (2005), a noção de uma “cidadania plena” compreende uma articulação entre igualdade, liberdade e participação. Em nossa pesquisa, foi possível percebermos as três condições articuladas como pressupostos para uma reforma psiquiátrica efetiva que esteja não apenas nos discursos, mas nas práticas, e, como consequência, para a construção da cidadania das PATM.

[...] uma idéia principal que eu vejo em cidadania é a liberdade, você ter liberdade de decisões, liberdade de entender o que é o seu dever. Eu associo cidadania a isso, você ter liberdade de tomar decisões, de escolher, de ter a opção, de saber o seu dever, qual o seu dever dentro do que é regra, isso eu vejo como cidadania (trecho de entrevista – TO1).

[...] para você ser igual é preciso que a sua diferença seja respeitada, nós todos somos diferentes, existe o negro e o branco, não adianta [...] porque há diferenças, existe homem e existe mulher, existe o homossexual, existe o branco, existe negro, existe índio, existe o oriental, o que quer que seja, está aí, a verdade é essa. Se a gente quer dar tratamento isonômico pra todos, é preciso considerar essas diferenças, ele porta uma deficiência física, ela é acometida por transtornos psíquicos, quando a gente leva em consideração essas diferenças a gente pode promover a verdadeira isonomia, a verdadeira igualdade (trecho de entrevista – PR4).

Cidadania, eu entendo por participação sabe, assim, nós como sujeitos dessa cidade, desse espaço e a gente podendo estar assim diretamente participando [...]. Participação é cidadania (trecho de entrevista – PS3).

Diante dos trechos de entrevistas acima explicitados, percebemos que as idéias de igualdade, liberdade e participação são partes das representações de cidadania dos profissionais

que entrevistamos. Cabe observar que os trechos mencionados são de diferentes categorias profissionais, de instituições também diferentes, o que nos demonstra que tais idéias estão difundidas em cenários diversos. Nota-se, ainda, que as concepções de cidadania destes profissionais, perpassam a idéia clássica de cidadania, quando citam “o sujeito dessa cidade”, dando uma idéia de pertencimento e reconhecimento deste enquanto membro da comunidade, e, ao mesmo tempo, a concepção moderna de cidadania, influenciada pela difusão dos direitos humanos e individuais fundamentais, como podemos inferir dos conceitos de liberdade, igualdade, isonomia e autonomia, também presentes nas falas.

O sentido de pertencimento à comunidade associado ao entendimento de cidadania pode ser percebido na concepção clássica grega, na qual eram considerados cidadãos os habitantes das cidades-estado e que participavam da vida política daquela sociedade. Entretanto, também está presente em suas formulações modernas, como podemos inferir das reflexões de Marshall (1967) acerca das diferentes dimensões de cidadania ao destacar o *status* de cidadão que é atribuído àqueles que são reconhecidos como membros de uma dada comunidade. O entendimento de cidadania que ultrapassa a linha da detenção de direitos, para chegar ao sentido de pertencimento à comunidade também é compartilhado por Carvalho (2005) que o associa ao campo simbólico da construção de uma identidade nacional.

Consideramos, ainda, que se trata de uma percepção associada aos movimentos sociais e políticos emergentes na década de 1980 que se pautavam na busca pela garantia de direitos e nos alicerces da construção de uma democracia nacional. Para Dagnino (1994) este é o momento em que se manifesta uma nova configuração de cidadania fundamentada nas aspirações e nos interesses de setores específicos da sociedade, que, até então, não tinham visibilidade. A autora acrescenta que a noção de cidadania estabelecida, desde então, incorpora “o papel das subjetividades, a emergência de sujeitos sociais de novo tipo e de direitos de novo tipo” (p. 104), possibilitando, deste modo, não apenas o direito à igualdade, mas o direito à diferença.

Neste contexto, é importante ressaltarmos que se trata de uma nova perspectiva relacionada a um processo de valorização e produção de subjetividades singulares (GUATTARI; ROLNICK, 1996), viabilizando, deste modo, a extensão da cidadania àqueles aos quais a proposta universalizadora não foi capaz de alcançar, como as PATM. Ao que parece, foi preciso pensar uma nova compreensão de cidadania para fazer caber os que estavam de fora.

[...]a idéia de cidadania ela tá muito atrelada a uma idéia de homem, de homem racional, o homem ideal que é o homem de razão, o homem ideal do iluminismo. Então hoje quando a gente fala de cidadania pra doentes mentais, a gente tem que considerar isso porque a gente tá meio que subvertendo essa idéia de cidadania [...] quando a gente fala de cidadania pra doente mental, a gente tem que pensar assim em questionar inclusive essa nossa idéia de homem ideal, que é esse homem de razão, esse homem saudável, homem que faz, que acontece, que tem a razão como o seu grande guia né, então a cidadania foi feita pra essas pessoas e não pra doentes mentais [...] mas eu penso que hoje a gente já avançou muito nessa questão da cidadania, até as próprias leis, as novas práticas, os novos serviços, eu acho que tá se construindo uma cidadania bem assim nova, começando a trazer algumas diferenças sabe, pra essa idéia de cidadania (trecho de entrevista – PS1).

Da mesma forma, entendemos que a idéia de liberdade presente nos discursos dos profissionais também não se limita à liberdade de ir e vir ou de se expressar, mas de uma liberdade de ser, de poder escolher não apenas os governantes, mas os rumos de sua própria vida. Uma idéia de liberdade que em muito se aproxima da noção de autonomia, que é uma questão bem trabalhada no campo da saúde mental, sendo esta uma das reivindicações dos movimentos pela reforma psiquiátrica. Por outro lado, ainda que o reconhecimento da cidadania das PATM seja um consenso nos discursos dos profissionais entrevistados, a questão da liberdade e da autonomia não é tão consensual.

Mesmo havendo um esforço por parte dos profissionais em explicitar um posicionamento a favor da liberdade e da autonomia das PATM, diante de um indício de incapacidade tal perspectiva é repensada e retorna à necessidade de internação, de cuidado e de perda do poder de decisão. Trata-se de uma relação conflituosa, presente, sobretudo, nos discursos dos profissionais da psiquiatria e da enfermagem, não aparecendo de forma significativa entre psicólogos e assistentes sociais. É uma tensão que é ainda mais visível na prática, como foi possível observar durante uma reunião no ISM com vistas à implantação da residência terapêutica⁵⁶.

O projeto de residência terapêutica – que não existe no DF, mas há experiências bem sucedidas em São Paulo e no Rio de Janeiro – já esteve em vias de implantação algumas vezes, sendo, inclusive, objeto de ação civil pública impetrada pelo MPDFT, através da PROSUS, com o fim de impor uma obrigação de fazer à SES/DF objetivando a criação das residências no DF. A concretização deste projeto representaria um grande passo para a desinstitucionalização dos

⁵⁶ Discutindo a questão da reabilitação social como via para a cidadania das PATM, Benedetto Saraceno (1999) relaciona o “morar” com as idéias de casa, habitar e residencialidade, demonstrando a complexidade e a necessidade deste debate no que diz respeito à desinstitucionalização.

pacientes psiquiátricos com longo histórico de internações, sobretudo, para aqueles que foram transferidos da ex-Clínica Planalto para o ISM. Não obstante, seria também um importante instrumento de conquista de autonomia para as PATM, uma vez que estas passariam a integrar um ambiente de residência, com quartos, camas, cozinha, ao invés de enfermarias e leitos, podendo, nestas condições, exercitar a convivência em um cotidiano social.

Diante do impasse da SES/DF em implantar as residências⁵⁷, profissionais do ISM, juntamente com representantes da INVERSO e da PROSUS se reuniram com a equipe da enfermaria que trabalha diariamente com os pacientes da extinta Clínica Planalto, para debaterem a possibilidade da implantação de duas residências nas dependências do Instituto⁵⁸. Logo após a apresentação do projeto para os profissionais da enfermaria, uma série de questões apareceram:

Como vamos dividir os pacientes nas duas casas? Será uma casa mista, com homens e mulheres? E se eles transarem lá? Como saber se eles são capazes de viver nas residências? Os pacientes são muito prejudicados e se eles tiverem uma crise, como é que vai ser? E se eles se agredirem? Eles é que vão cozinhar? (trecho do diário de campo).

Essas foram algumas das questões discutidas durante a reunião e que demonstram algumas resistências dos profissionais em aceitar a quebra do vínculo institucional dos pacientes. A idéia de implantar as residências teria como objetivo, segundo o que foi apresentado na reunião: “trabalhar o pertencimento, oferecer espaços mais individualizados e semelhantes a uma residência comum, dar privacidades aos pacientes”, entre outras coisas. Por isso, foram apresentadas algumas respostas às questões colocadas pelos profissionais:

Para a divisão dos pacientes nas duas casas, podemos fazer um teste sócio-métrico, para percebermos as afinidades entre eles, quem quer ficar com quem. A casa pode ter homens e mulheres, vamos ver o que é que eles querem, e transar, eles já transam na enfermaria, só que sem nenhuma privacidade, agora eles terão os seus quartos e suas camas. Quanto às crises, o que se faz quando uma pessoa entra em crise em casa? Não se chama um médico ou a ambulância? É a mesma coisa. Além disso, haverá um plantonista na residência (trecho do diário de campo).

⁵⁷ Mais de uma vez tentamos nos comunicar com os representantes da Coordenação de Saúde Mental (COSAM) do DF, inclusive estivemos lá pessoalmente para que tivéssemos um posicionamento oficial do órgão sobre a implantação de serviços substitutivos, mas em nenhuma delas fomos recebidas ou obtivemos qualquer informação.

⁵⁸ Ainda que a recomendação do Ministério da Saúde seja que as residências terapêuticas devam ser implantadas junto à comunidade local e não nas dependências das instituições psiquiátricas, esta tornou-se a única solução viável, ainda que temporária, para que as residências começassem a funcionar.

A equipe da enfermagem que é responsável por estes pacientes nos pareceu ter um forte vínculo com eles e, ao mesmo tempo em que há preocupação em oferecer um tratamento humanizado, surgem resistências em afastá-los desta assistência institucionalizada, o que identificamos como um obstáculo a ser superado para que se dê continuidade ao processo de construção da cidadania daqueles pacientes. As preocupações da equipe não se limitam à rotina das residências, mas aos traumas que os pacientes possam vir a sentir em função de uma nova mudança não esperada⁵⁹.

Tudo isso, nos leva a crer que os profissionais, de modo geral, também não estão preparados para as mudanças, para tamanha desinstitucionalização. Não conhecemos iniciativas no âmbito do DF que tenham por escopo oferecer treinamento, especialização e capacitação para que os profissionais de saúde mental possam se adequar à política atual, aos novos serviços substitutivos. Ainda que esta seja uma das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que apóia a realização de cursos de especialização e atualização em estados e municípios direcionados para os profissionais da saúde mental, observamos que não há uma articulação entre a COSAM/SES/DF e o Ministério nesse sentido⁶⁰. Esta foi uma das colocações dos profissionais entrevistados quando perguntamos sobre as mudanças no interior das instituições, nas formas de tratar e lidar com as PATM:

[...] mudanças dentro das instituições não. Porque o que precisa dentro das instituições, eu acho que merecia um investimento nas instituições. Eu não acredito em instituição que trabalha com saúde mental e que não tenha uma supervisão institucional [...] o Ministério da Saúde já propôs a passar recursos para a Secretaria, foi feito um documento pra eles financiarem uma supervisão, pra promover um curso de aperfeiçoamento pra equipe de saúde mental e a Secretaria de Saúde engavetou este documento. Então eu não acredito em evolução, da coisa humanizada, de humanizar os serviços, principalmente os serviços de saúde mental, se não existir um cuidado com a equipe, porque o pessoal daqui mesmo faz o concurso pra saúde e nunca fez nem estágio em saúde mental e assume e vem trabalhar aqui numa emergência, no pronto-socorro [...] a pessoa fica com medo, fica sem condições, sem saber abordar o paciente, então isso não é saúde. E aí quando se propõe um treinamento, uma especialização, um investimento pra equipe, pras pessoas que trabalham com

⁵⁹ Os pacientes que eram encaminhados para a Clínica Planalto, em maioria, vinham do HSVP e a saída da Planalto foi bem agitada, com policiais, representantes do Ministério Público etc., como já descrevemos anteriormente.

⁶⁰ Segundo o Relatório de Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental do Tribunal de Contas da União no período entre 2003 e 2004 5.374 profissionais da rede extra-hospitalar participaram de cursos de especialização ou capacitação em diferentes cidades brasileiras, mas não há qualquer referência ao Distrito Federal.

saúde mental, não estão nem aí, não existe disponibilidade pra isso (trecho de entrevista – AS1).

Apesar das resistências e dificuldades que observamos e que foram apresentadas pelos próprios profissionais, a reunião a qual nos referimos foi encerrada de forma muito interessante, sob o ponto de vista da construção da cidadania das PATM. Afora as resoluções administrativas para que as residências fossem implantadas no Instituto, a consideração dos pontos apresentados por todos os participantes etc., nos chamou a atenção o modo em que decidiram continuar os trabalhos. A primeira medida a ser tomada seria comunicar a mudança aos pacientes, ouvir a opinião deles sobre a questão e sobre com quem gostariam de dividir a nova casa, enfim, dar-lhes voz para que pudessem participar ativamente do processo de implantação das residências.

Esta nos parece ser uma importante dimensão desta cidadania que buscamos analisar: a participação. Isto porque, se cidadania é ser reconhecidamente parte integrante de uma comunidade, é ter autonomia, liberdade e direitos, é, mais ainda, ter uma participação ampla em todos os aspectos da vida em sociedade, para então vir a ter reconhecimento e direitos garantidos. Uma participação efetiva que não se limite à participação na escolha dos governantes, mas que esteja presente no contexto global do debate político, da gestão e da implementação das políticas.

Neste sentido, consideramos que uma participação efetiva subentende um equilíbrio entre as esferas pública e privada, viabilizado, no nosso entendimento, pela participação em movimentos sociais que possibilitam a constituição de novos sujeitos ativos na sociedade. Os movimentos sociais, sobretudo no Brasil, que se expressaram a partir da década de 1970 e fundamentavam-se no ideário da democracia tiveram significativa influência na constituição de um novo olhar e um novo entendimento acerca da cidadania, que foi incorporada aos princípios de respeito à individualidade e às diferentes identidades, participação efetiva na esfera pública (SCHERER-WARREN, 1999).

Também a participação em movimento social possibilita a conquista da autonomia, não apenas pela tomada de consciência de sua própria condição enquanto sujeito social, mas de todo o contexto no qual está inserido. Além disso, o sujeito dotado de autonomia torna-se capaz de interferir na dinâmica social com vistas à produção de transformações no imaginário e nas práticas sociais. Diante do exposto, cidadania e autonomia podem ser tomadas enquanto sinônimos, na medida em que são criadas condições para a participação dos sujeitos nos debates e

na elaboração das políticas, das normas e das instituições, fazendo-se consciente e zeloso por sua cidadania (CASTORIADIS, 1987).

Contudo, o processo de conquista de autonomia e participação das PATM parece andar a passos lentos no Distrito Federal. Não foi possível percebermos movimentos nesse sentido no contexto das instituições psiquiátricas onde estivemos, que, com algumas exceções, privilegiam o modelo assistencial e de caridade aos pacientes internados. No entanto, esta é a perspectiva das atividades desenvolvidas pela ONG INVERSO, caracterizando-se como uma iniciativa isolada com este direcionamento no DF.

O desenvolvimento das atividades da INVERSO são discutidos entre os profissionais, mas também entre os usuários que, se interessados, têm acesso a documentos da área de saúde mental, à gestão da ONG, aos debates acerca das políticas de saúde, entre outras coisas. A oficina de jornal é um claro exemplo de participação e autonomia, onde, sob a coordenação de uma profissional, os usuários discutem os temas a serem abordados em cada número do jornal e escrevem artigos sobre questões atuais do país como eleições e datas comemorativas, suas próprias histórias familiares e de internações, a doença mental, a luta antimanicomial e assuntos que tenham interesse.

Entretanto, tal condição não é compartilhada por todos os usuários e a própria percepção de participação é diferente para cada um⁶¹. Vale destacar que a frequência na INVERSO é voluntária, não se trata de um espaço de tratamento onde os frequentadores são encaminhados por médicos ou psicólogos. Geralmente eles recebem indicação do local como um espaço de reinserção social, de desenvolvimento de atividades, de cursos etc., mas a participação é voluntária, inclusive no que concerne à escolha das atividades.

Deste modo, alguns buscam o convívio em um centro de convivência como uma via de inserção social e de transformação de sua condição individual, onde possam desenvolver atividades, sentir-se seguros e acolhidos, mas não querem ter um envolvimento político com a causa manicomial. Outros já têm um envolvimento maior com o movimento social propriamente dito, participam de eventos, congressos, manifestações e também das atividades internas da ONG. Mas em todos os contextos da ONG, a questão da participação, da consciência de direitos e da conquista de autonomia se faz presente, mesmo que em diferentes configurações.

⁶¹ Esta foi uma questão muito bem trabalhada na dissertação “Loucos para participar!: contribuições para a análise da participação de pessoas acometidas por transtornos mentais na luta antimanicomial”, de Janisse Carvalho, defendida no Departamento de Serviço Social da UnB.

A construção da cidadania das PATM é um processo lento e complexo, que depende, ainda, de um processo muito maior que é o da conquista da cidadania da sociedade brasileira como um todo. Como afirma Pedro Demo (2001), perceber a participação como conquista é também percebê-la como um processo “[...] infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo” (p. 18) e que não se realiza enquanto dádiva ou concessão, mas por diferentes vias possíveis, como as organizações da sociedade civil, que entende como “[...] a capacidade histórica de a sociedade assumir formas conscientes e políticas de organização” (p. 27).

Além de se ampliar a concepção e a extensão da cidadania na sociedade, deve ser ressaltado, neste ponto, o papel dos profissionais de saúde mental também como cidadãos. É preciso considerar que no ideário de reforma psiquiátrica que norteou a política de saúde mental no Brasil estão, conjuntamente às alternativas para substituição do modelo manicomial e a descentralização do poder psiquiátrico, a criação de novas posições para os profissionais de saúde mental em suas diferentes categorias, para que possam atuar como cidadãos e como agentes responsáveis pelo processo de construção da cidadania das PATM.

Enfim, trata-se de um processo que para estender-se por todas as suas dimensões precisa ser percorrido por diferentes vias de inclusão social, mas também de emancipação, pela via do trabalho, bem como pelas práticas potencializadoras de suas criatividades. Como já explicitamos, é um caminho a ser percorrido não só pelas PATM, mas pelos atores envolvidos, profissionais e familiares, e pela sociedade como um todo que gradativamente poderá constituir novas representações sobre a loucura e a doença mental.

4.2 Cidadania pela via do trabalho

Como uma das vias possível para a construção da cidadania das PATM da qual tanto falamos até então, optamos por nos aprofundar em um dos canais que acreditamos levar a tal: o trabalho. A escolha não é aleatória, o “peso” da inserção no trabalho para os indivíduos na sociedade moderna traz conseqüências que vão desde a consecução de poder aquisitivo até o reconhecimento de uma identidade ou de um *status* social e de exercício de cidadania. Ademais, a importância do trabalho, de estar trabalhando, produzindo e sendo útil foi explicitada em diversos momentos pelas PATM e pelos profissionais das instituições pelas quais passamos.

Inspirando-nos nas discussões de sociologia do trabalho, podemos afirmar que o trabalho possui amplas dimensões que podem ser antagônicas entre si. Deste modo, o trabalho pode ser percebido em uma dimensão positiva como atividade humana de reciprocidade entre o homem e a natureza e de constituição das relações sociais. Em uma outra perspectiva, o trabalho pode ser tido como elemento que nega as potencialidades humanas.

Karl Marx (2002) demonstrou como a existência dos indivíduos é produzida historicamente por meio do trabalho no âmbito da sociedade capitalista. E, ainda, como tornou-se alienante, na medida em que as regras do sistema capitalista não permitem que o trabalhador se reconheça enquanto sujeito do produto pelo qual trabalhou. Neste sentido, o trabalho revela-se como negador das potencialidades e criatividades humanas.

Em suas certezas e contradições, a questão do trabalho já foi pensada em diferentes momentos da saúde/doença mental no Brasil e no mundo. A própria incapacidade para o trabalho é um dos elementos presentes para se diagnosticar o grau de doença mental do indivíduo, como, por exemplo, no caso deste ter acesso ao direito a determinado benefício assistencial do governo. E a história da loucura nas sociedades ocidentais nos mostra o quanto a incapacidade produtiva determinou longas permanências, algumas vezes eternas, em hospícios, manicômios e instituições psiquiátricas.

Por outro lado, o trabalho também é percebido como terapia e como meio de cura. Como já foi explicitado anteriormente, o tempo no âmbito das instituições psiquiátricas é dividido de forma uniforme à qual todos os internos são submetidos. Assim, há o momento de acordar, de se alimentar, de tomar banho, de fazer terapia e também de trabalhar. Ao longo da história da doença mental no Brasil, a ocupação dos internos com o trabalho teve grande importância desde as primeiras instituições, conforme sublinha Roberto Machado (1978, p. 440) acerca do Regimento Interno do Hospital Pedro II, onde o “[...] trabalho deveria ser a principal ocupação dos internos do hospício”, que frisava em seu artigo 51 que ‘o trabalho será unicamente interrompido pelas refeições e recreios e pela aplicação dos banhos e outros remédios que os facultativos prescreverem’.

O trabalho nas instituições totalizantes se relaciona, ainda, com uma das principais características destes espaços: a disciplina. Por isso, pela coordenação das atividades, submissão às regras, obediência, o trabalho tornou-se também uma forma de controle dos indivíduos internados, de seus atos, corpos e mentes, de modo que pudessem se readaptar às normas sociais.

Hoje, com algumas diferenças, o controle minucioso do tempo e das atividades de oficinas de trabalho nas instituições descrito por Goffman (2001) continua presente, seja nas instituições abertas, seja nas instituições fechadas.

Contudo, a valorização do trabalho como via possível para a cidadania mostrou-se de forma muito intensa na fala das PATM, sobretudo no contexto da ONG Inverso, onde pudemos conviver com proximidade. Nos discursos dos profissionais, o trabalho apareceu nas falas sobre as oficinas desenvolvidas pelas instituições de modo a explicitar que estavam se adequando ao modelo proposto pela recente política de saúde mental e pelo modelo de reforma psiquiátrica. Este foi o caso, por exemplo, da direção do HSVP quando explicitamos o objetivo desta pesquisa de pensar a reforma psiquiátrica e a cidadania das PATM no DF. Antes mesmo que pudéssemos concluir, nos informaram sobre as oficinas de tecelagem, bijuteria, serigrafia e culinária.

Neste sentido, percebemos que algumas vezes as oficinas de trabalho aparecem como uma fachada social, no sentido dado por Goffman (2004). Uma vez institucionalizados os princípios da reforma psiquiátrica como modelo a ser alcançado, as oficinas terapêuticas tendem a ser vislumbradas como elemento de articulação entre profissionais e internos que são beneficiados por tais práticas, de modo em que se busca criar uma representação positiva de determinada instituição.

Além do fato de que práticas diferentes podem empregar a mesma fachada, deve-se observar que uma determinada fachada social tende a se tornar institucionalizada em termos das expectativas estereotipadas abstratas às quais dá lugar e tende a receber um sentido e uma estabilidade à parte das tarefas específicas que no momento são realizadas em seu nome. A fachada torna-se uma ‘representação coletiva’ e um fato, por direito próprio (Goffman, 2004, p. 34).

Com exceção do MPDFT, instituição que preserva peculiaridades se comparada às demais onde realizamos a pesquisa, há oficinas “terapêuticas” de trabalho sendo desenvolvidas nos outros três espaços: na INVERSO, no HSVP e no ISM, percebidas, quase sempre, como terapia e como meio de reinserção social e construção de cidadania.

[...] o trabalho que a gente faz aqui a gente tá buscando reinserir o paciente, não é uma coisa assim específica né, mas assim são coisas tipo uma reunião de família, vai trazer a família, vai orientar, o hospital-dia, as oficinas terapêuticas são outras formas, então essas coisas são mais recentes e têm a ver com a questão da reforma sim dentro do hospital (trecho de entrevista – MP1).

[...] há pequenos casos né, de clientes que vão, voltam pra vida normal, porque essa é a intenção da terapia ocupacional, é a intenção das oficinas, que ele volte pra sua vida normal, que trabalhe, que volte a estudar, que se sinta pessoa, que se sinta gente né e não se sinta um animal (trecho de entrevista – TE1).

Ainda que não tenhamos observado analiticamente o funcionamento das oficinas nas instituições psiquiátricas, por muitas vezes estas foram citadas pelos entrevistados como exemplos de tentativas de adequação ao modelo reformado⁶². No HSVP nenhuma oficina estava funcionando no mês de janeiro, mesmo que todas as alas das instituições estivessem lotadas, assim como era extensa a fila para atendimento ambulatorial, não havia qualquer atividade ligada às oficinas sendo desenvolvidas. Entre as iniciativas institucionais citadas, nos chamou atenção o caso da “cantina terapêutica”, que, a partir da oficina de culinária, a lanchonete que atende ao público do hospital é formada pelos próprios usuários da oficina. No entanto, não ficou claro se os pacientes apenas atendem, se produzem os alimentos ou se participam na divisão dos lucros da cantina. Há, também, uma loja aberta ao público para que o material produzido nas oficinas seja exposto e vendido, mas, assim como as oficinas não estavam funcionando, a loja também estava fechada.

Eventualmente, os usuários das oficinas participam de feiras e exposições, mas não há um incentivo próprio para a capacitação dos participantes e nem para melhorar a qualidade dos produtos que serão vendidos. Por isso, mesmo que as oficinas de trabalho contribuam para desmitificar a representação do louco como improdutivo, na medida em que não há apoio para a qualificação das oficinas, a relação com a comunidade se dá muito mais pelo apelo à caridade e à assistência aos pacientes de um hospital psiquiátrico, do que pelo incentivo à autonomia e à auto-suficiência.

[...] no São Vicente, eles têm uma oficina de costura, aí botam as pacientes para fazer umas calcinhas horrorosas, que ninguém vai comprar aquilo, nem elas vão usar aquilo. E aí não sai dessa coisa da caridade né e é justamente isso que tá se tentando romper, porque toda a história dessas instituições, é uma história de filantropia, que num momento foi super necessário, quando não existia SUS, não existia nada, as pessoas ficavam presas na cadeia, aí criaram a instituição filantrópica pra cuidar dos loucos, mas com essa idéia de caridade. Então assim a idéia da caridade ela inviabiliza mesmo qualquer autonomia, ela presume uma incapacidade e ela resgata essa relação de diferença mesmo, de desigualdade,

⁶² Como já foi explicado, o ingresso nas instituições se deu tardiamente e teve como objetivo principal entrevistar os profissionais.

então assim se ‘eu tô fazendo uma coisa por você, tô sendo muito caridosa com você, como é que você vai reclamar do que eu estou fazendo?’ (trecho de entrevista – PS1).

Já no ISM a dinâmica das oficinas terapêuticas são diferenciadas, primeiro pela própria estrutura da instituição que é aberta e segundo por existir uma cooperativa. Além disso, as oficinas terapêuticas não são apenas de trabalho, há oficinas de música, arte, atividades desenvolvidas na horta, entre outras coisas. Antes de irem para os oficinas, os usuários do ISM se dirigem aos grupos terapêuticos, participam de uma reunião coletiva e, não havendo em suas agendas uma consulta individual com psicólogos ou psiquiatras, se dividem para as oficinas de acordo com seus interesses e afinidades.

Apesar de termos participado de algumas reuniões dos grupos terapêuticos, uma com pacientes e outra só com profissionais, também não acompanhamos à realização das atividades das oficinas, exceto as da horta, que pudemos observar algumas vezes. Há, dessa forma, as atividades das oficinas terapêuticas e as atividades de produção, estas coordenadas pela Cooperativa Beneficente e Social da Saúde Mental (Cabessa) que é responsável pelas oficinas de artesanato, corte e costura, serigrafia e marcenaria. A Cabessa recebe doações e é mantida pelos cooperados (profissionais, usuários e familiares) que comercializam seus produtos em feiras e exposições, sobretudo na comunidade local do Riacho Fundo. O lucro sobre a venda dos produtos é dividido entre os cooperados, sendo que uma parte é destinada à manutenção da cooperativa.

No nosso entendimento, estas atividades marcam a particularidade e potencialidade do ISM, entretanto, as oficinas terapêuticas e de produção não foram abordadas de forma significativa pelos profissionais entrevistados, sobretudo na fala de médicos e psicólogos. Contudo, é uma questão abordada com intensidade pelos representantes do serviço social, como foi perceptível nas reuniões que acompanhamos. A preocupação do serviço social com a questão da inserção no mercado de trabalho é muito significativa e não se limita às atividades da instituição, mas em buscar oportunidades de emprego na comunidade, o que não é visto de forma consensual pela equipe da instituição, que ainda preserva um olhar sobre a incapacidade produtiva do paciente.

Porque aqueles que são da corrente tradicional e não acreditam na capacidade do paciente, eles continuam lutando pra que a gente não encaminhe, então tudo que a gente faz é mal visto, é coisa da gente, é invenção, por quê? [...] Acham que as pessoas com transtornos mentais não são capazes de produzir. E quando

há algum caso de paciente que consegue retornar à vida social, que são poucos, estes psiquiatras acham que é resultado só dá medicação sabe, é muito difícil trabalhar assim. Mesmo com isso, eles não despertam para o fato de que o paciente pode sair da crise, pode se tornar uma pessoa produtiva, capaz e concorrer novamente no mercado. Tem tantas histórias boas aqui, tanto êxito no tratamento e ainda tem gente que não acredita no paciente, acha que uma vez doente, doente eternamente, nunca mais vai ser produtivo (trecho de entrevista – AS2).

A reinserção social pela via do trabalho é, segundo Benedetto Saraceno (1999, p.128), “importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas, sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação”. As PATM incluídas em atividades de trabalho, como em projetos desenvolvidos em cooperativas, conquistam uma independência financeira, resgatando um sentimento de dignidade e de capacidade de vivência autônoma, melhorando o nível de socialização dessas pessoas e suas relações interpessoais, o que contribui para a diminuição do estigma.

Atualmente, há diversas iniciativas desenvolvidas com este direcionamento, como o caso da rede de saúde mental de Campinas que é um modelo de serviços substitutivos, no que concerne ao número de CAPS e a articulação deste com a rede hospitalar, bem como de atividades desenvolvidas com o intuito de profissionalizar os usuários que estão retornando ao convívio social. No entanto, há um problema estrutural para que estas pessoas possam realmente ser absorvidas pelo mercado, pois a legislação brasileira ainda possui uma grande lacuna nesse sentido, conforme observa Cintra Júnior:

Por fim, é de se destacar a inexistência de legislação trabalhista versando sobre a questão do doente mental. Sabe-se que o trabalho é um fator importante no tratamento dos distúrbios mentais. O reconhecimento da aptidão que o doente tenha para um determinado trabalho dá-lhe autoconfiança. Mas a perspectiva de autonomia financeira mínima, que deveria corresponder à aptidão, pode ficar prejudicada pela falta de legislação específica, que não torna possível a realização de contratos de trabalho com ele (2001, p.86).

Tais dificuldades e resistências foram explicitadas pelos profissionais, pois, há legislações inclusivas para deficientes físicos e até deficientes mentais, mas não há para doentes mentais. Esse é o caso da Lei ° 8.213/1991 que dispõe em seu artigo 93, que as empresas com mais de 100 (cem) empregados em seus quadros, devam preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários da previdência social reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência.

As PATM não estão incluídas entre as pessoas com necessidades especiais sobre as quais dispõe a referida Lei. Ainda assim, no ISM, representantes do serviço social procuram entrar em acordo com as empresas e com as clínicas especializadas em atestar as deficiências, para que incluam os pacientes da instituição. Segundo os profissionais, algumas tentativas de inserção do mercado de trabalho têm sido positivas e alguns pacientes conseguem trabalhar, mas além das resistências dos médicos da instituição, ainda há muita dificuldade de as empresas aceitarem tal situação. A falta de uma lei que disponha especificamente sobre a inclusão da PATM seria um grande obstáculo para se comprovar a capacidade produtiva dos pacientes.

Em uma das ocasiões de entrevista, conhecemos uma paciente que quando soube da pesquisa, disse que gostaria muito de contar uma história e que esta fosse incluída no estudo, já que nossa pretensão era analisar a questão da cidadania.

Olhe, depois de muito custo, muito remédio, muita dificuldade é que eu consegui uma liberação aqui pra eu poder trabalhar. Agora eu só venho aqui pra consultar de vez em quando e pra tomar remédio, aí o pessoal aqui do serviço social conseguiu pra eu entrar num emprego lá em Taguatinga. Imagina eu trabalhando! Aí eu gostei e tinha que ir lá na clínica ver outro psiquiatra que ia dar o atestado pra eu ir trabalhar na empresa. Aí eu fui e me arrumei toda. Pense numa mulher arrumada! Coloquei o vestido vermelho, estampado, o mais bonito né. Também coloquei uma faixa no cabelo, pra esconder os brancos né. Peguei o ônibus e fui pra lá toda animada. Aí quando eu fui falar com o médico ele olhou pra mim e disse: ‘ei isso aqui é pra dar emprego pra doido, você não é doida não’. Aí eu disse pra ele que era doida sim, que eu tinha feito tratamento muitos anos, que meu filho faz tratamento e que quando eu fico nervosa, sai de baixo. Mas não teve jeito, ele me mandou embora e disse que eu tava me aproveitando. Olha! De certo que se eu fosse toda desarrumada ele ia me dar o atestado né doutora. Aí eu voltei pra cá muito da nervosa, eu chorei e quando cheguei aqui não tinha mais ninguém, agora vou voltar em outro médico na outra semana. Agora vai dar certo, que a assistente social já falou lá e no outro mês eu começo, já pensou? (Usuária ISM).

4.2.1 *Experiências de uma oficina de geração de renda*

“Doido ocioso é doido perigoso”. Esta foi uma das primeiras frases que ouvi quando comecei a observar a *Oficina de Rolinhos da Livre Expressão* da ONG INVERSO. Seguidamente à frase, o usuário continuou:

[...] quando eu cheguei aqui eu não sabia fazer nada, só tinha feito a horta lá no ISM. Eu não dava conta de cortar esse papel, nem de enrolar, nem nada. Agora

eu já sei fazer isso aqui, eu faço esses colares e vou aprender a fazer cortinas. A gente tem que se ocupar, tem que ocupar a cabeça, eu vi muita gente morrer internado porque não tem nada pra fazer. Todo mundo tem que ter uma função, uma utilidade nessa sociedade: o motorista de ônibus tem uma função, senta lá e leva o pessoal pra lá e pra cá. A gente não tem nenhuma utilidade, então isso aqui é muito bom.

É recorrente a afirmação de que “os *normais* têm utilidade, mas nós os *anormais* não temos utilidade nenhuma”. Trata-se de uma das observações feitas com mais frequência tanto por mulheres como por homens que participam da oficina. Assim, a possibilidade de aprender alguma coisa, no caso, a produzir colares torna-se uma via para que possa ser suprida a lacuna da utilidade que tanto os incomoda. Esta é uma perspectiva compartilhada, também, pelos profissionais da ONG, que acreditam no alcance da oficina no sentido de ensinar uma profissão (o artesanato), gerar renda e criar mecanismos de interação entre os usuários e a comunidade.

A criação da *Oficina de Rolinhos da Livre Expressão* está inserida no próprio contexto das motivações que levaram à fundação da ONG, que seriam os desejos dos fundadores de possibilitar a reinserção social dos pacientes psiquiátricos, trazer os trabalhos produzidos nas instituições para o público e aproximar os usuários da sociedade. O produto da oficina são colares feitos a partir de papel de jornais, revistas e, principalmente, de informativos de promoção de supermercados, que são reutilizados com vistas à produção das bijuterias. O processo de produção é dividido nas seguintes etapas: recorte do papel conforme o modelo a ser produzido; criação de peças a partir de rolinhos do papel que foi recortado; envernizamento das peças; e, montagem dos colares, que pode ser feita somente com as peças de papel ou com miçangas e sementes. A capacitação dos usuários para a produção dos colares foi feita por outra usuária, que é artesã, mas que estava afastada das atividades por motivo de saúde.

Diante das primeiras impressões sobre a dinâmica da oficina, algumas questões apareceram no sentido de repensar a importância das atividades laborativas para a reabilitação social ou para o exercício da cidadania das PATM. Para tanto, primeiramente buscamos identificar, na prática, quais eram os reais objetivos daquela oficina. Na perspectiva dos usuários, era visível a importância da utilidade, da ocupação e da função social daquele trabalho. Mas para as profissionais da ONG, para as coordenadoras da oficina, os objetivos seriam os mesmos?

[...] eu entrei na Inverso com uma proposta bem diferenciada, assim, mesmo sendo psicóloga, eu entrei com uma proposta de acompanhar uma oficina, que é

a produção de colares de papel, a Oficina da Livre Expressão. Então eu entrei com essa proposta de só acompanhar esse grupo, não atuando enquanto psicóloga, mas atuando enquanto uma participante a mais, trocando idéias, acompanhando esse grupo, acompanhando o trabalho, porque o meu interesse era já trabalhar essa inserção social pela via do trabalho, mas que não tinha um espaço assim pra psicólogo nessa atividade. Então atualmente eu tô coordenando a Oficina, junto com todo mundo mesmo, junto com os próprios participantes e tá sendo uma troca bem legal (trecho de entrevista – PS2).

Pela fala de uma das psicólogas que coordenam a Oficina, fica subentendida a proposta de inserção social pela via do trabalho, que também apareceu em outros momentos durante as atividades quando alguém pedia informações sobre o que era a oficina, quais eram os objetivos, como funcionava etc. Aliadas à idéia de inserção social pela via do trabalho, outras duas questões mostraram-se fundamentais para as profissionais: a cidadania e a geração de renda. Estes seriam os objetivos da Oficina para as profissionais.

No entanto, o espaço da Oficina proporciona, além destas, muitas outras possibilidades terapêuticas para os participantes. O modo como as atividades são desenvolvidas, voluntariamente, em grupo, em torno de uma mesa, faz com que todos se comuniquem, troquem experiências, auxiliem uns aos outros e, aos poucos, revelem suas preocupações, angústias e alegrias também. O avanço no aprendizado na produção dos colares também é exposto constantemente, inclusive para alguns participantes a produção do mesmo objeto já tem se tornado monótona, pois gostariam de produzir outras coisas.

Interessante observar, que além da participação dos usuários e de profissionais da ONG, eventualmente, familiares também participam das atividades, de maneira em que se possibilita uma relação de interação muito positiva. São poucos os familiares que participam constantemente, mas as visitas à Oficina são freqüentes, para conhecer as pessoas, o material produzido, entre outras coisas. Em geral, quando algum familiar aparece, os usuários parecem sentir-se motivados a mostrar a sua produção, os colares, como são feitos. O visitante, por sua vez, muitas vezes mostra-se curioso em identificar quem são os outros usuários, quem são psicólogos, estudantes, enfim, qual é o papel de cada um na Oficina. Na maioria das vezes, não têm sucesso em tal investigação.

Um outro elemento que merece ser ressaltado e que percebemos mais de uma vez no contexto da Oficina é o adoecimento dos familiares que, se passam a freqüentar a ONG, também começam a se transformar. Em grande parte dos contextos familiares, o convívio e a tensão que existe na família traz um adoecimento também para os familiares. Por isso, para que os pacientes

sejam tratados e se recuperem, é necessário também conscientizar a família. Quando se trata, principalmente, de pacientes jovens ou mulheres, a relação de dependência entre estes e seus familiares é muito intensa e há uma grande preocupação por parte das famílias de que tal situação seja superada. Assim, todas as tardes de Oficina alguns participantes saem para comprar lanches no mercado ou padaria próximos à ONG e trazer para os demais. Nessas situações era comum ouvir alguns familiares, sobretudo os recém-chegados, perguntarem: “eles vão sozinhos? Não tem perigo?”. É uma situação de surpresa tanto para estes familiares, como para os participantes que podem exercitar sua independência, a interação com a comunidade e a satisfação de trazer o lanche para os colegas⁶³.

Os colares são vendidos na própria ONG, pelos participantes em seus contextos pessoais e em lojas que pegam os produtos em consignação. Por algum tempo, a divisão do dinheiro das vendas tornou-se um problema já que muitos participantes produziam as peças avulsas, mas somente os que participavam da produção final é que estavam recebendo. Em uma reunião entre profissionais e participantes, buscaram encontrar uma solução para o impasse e decidiram que um dia de oficina seria direcionado para a produção e preparação dos rolinhos e no outro dia, se dedicariam à montagem dos colares. Assim, todos teriam condições de produzir os seus próprios colares, de forma que, o dinheiro da venda fosse daquele que produziu⁶⁴.

Há um grande esforço por parte dos profissionais para que os colares sejam colocados no mercado, sejam vendidos no comércio local e lojas do gênero. Esta também é uma vontade dos participantes, que em algumas ocasiões sugeriram que fosse feita uma loja em frente à ONG para vender os produtos da oficina. Diante disso, surgiu a oportunidade de exposição e venda dos produtos na Feira de Artesanato da 116 norte. Todos os sábados a equipe dos *Rolinhos* montava um *stand* na referida Feira onde, além de vender os colares, demonstravam o processo de produção, recebiam doações de papel e ainda faziam propaganda da Oficina e da ONG.

⁶³ Presenciamos um caso bem interessante nesse sentido. Uma mãe que acompanhava a filha jovem pela primeira vez à ONG, sentaram-se à mesa, conversaram, aprenderam um pouco sobre a produção, mas a mãe ficava sempre por perto, preocupada em deixar a filha sozinha. Em um dado momento, a mãe foi convidada para uma conversa na outra sala e a filha permaneceu à mesa e pudemos percebermos o quanto esta era infantilizada, mesmo já sendo uma moça feita. Longe dos olhos da mãe, ela soltou algumas palavras e logo se aproximou dos rapazes da mesma idade que ela. Na hora do lanche um deles a convidou para acompanhá-los à padaria e a mãe logo se manifestou dizendo que não era pra ela ir. Após a interferência de uma das profissionais, a mãe permitiu a ida à padaria e a jovem respondeu com surpresa: “Posso ir mesmo mãe?”. Esta foi a última vez que as duas estiveram na ONG.

⁶⁴ Do valor da venda dos colares deduz-se 10% que é reservado para a compra de materiais para a oficina. Os colares produzidos pelos profissionais são vendidos e o total arrecadado também fica para o fundo da oficina.

A experiência de levar os produtos da Oficina para a Feira foi interessante e levou muito ânimo para todos os seus participantes, não somente pela venda dos colares, mas também pela interação com a comunidade e os demais expositores. Contudo, com o passar das semanas algumas dificuldades foram surgindo. Primeiramente, a disponibilidade de participantes para estarem pontualmente na Feira todos os sábados. Além disso, apesar de as vendas terem sido muito boas nas primeiras semanas, com o passar dos sábados as vendas foram diminuindo, o que era agravado pelo fato de eles exporem apenas um tipo de produto.

Dessa maneira, a exposição na Feira todos os sábados começou a ser repensada, uma vez que os participantes não queriam ir sempre e não havia um retorno que o estimulasse. Para os profissionais a desmotivação dos participantes era provocada não apenas pela diminuição das vendas, mas pelo fato de que a maioria dos participantes recebem algum tipo de aposentadoria ou benefício, de modo que passar uma manhã ou tarde no *stand* sem vender não se tornava tão interessante pra eles. E mais uma vez percebemos que a essência da *Oficina dos Rolinhos da Livre Expressão* não é a expectativa de retorno financeiro, de gerar renda, mas de aprender uma profissão e ocupar o tempo com uma atividade diferenciada, prazerosa e que produza a sensação de utilidade.

Esta é, aparentemente, a principal busca dos participantes, a de ter um papel e de produzir alguma coisa, que se reflete também nas relações com a religiosidade. Na perspectiva dos usuários, para estar integrada à sociedade, a pessoa precisa ter um papel, uma função que sirva à comunidade, de modo que não ter tal papel é motivo para a exclusão social. Esta também é uma associação feita com relação às graças ou bênçãos divinas.

Depois de tanto tempo, eu aprendi que a ociosidade é perigosa, muito perigosa. Ninguém quer ter por perto um camarada que não serve pra nada, não é? Por isso, tem que se ocupar, tem que fazer alguma coisa de útil e Deus não gosta do ócio. Então quando a gente faz alguma coisa, vem pra cá todo o dia, trabalha, tudo isso, aí a gente vai ficando melhor, porque Deus também vai ajudando né (Usuário INVERSO)⁶⁵.

⁶⁵ A relação entre a questão divina e a loucura é uma temática muito interessante e que pode ser objeto de futuros trabalhos nessa área. Pelo que percebemos, muitos usuários apegam-se às religiões para compreenderem melhor suas doenças, problemas, angústias, questões familiares etc.. Alguns associam a doença aos carmas de vidas passadas, castigo divino, missão pra cumprir e justificativas afins. Por outro lado, a religião também é vista como um meio de salvação ou de se livrar da doença. Nas situações que pudemos observar, a religião aparecia como um elemento positivo entre o sujeito e a doença, a família e as outras pessoas, mas soubemos de casos em que os pacientes deixaram de tomar a medicação em função da garantia dada por “religiosos” que afirmavam ter a cura de todos os males, de que os espíritos malignos teriam sido expulsos daquela pessoa e por isso ela ficaria bem. Porém, estas acabaram sendo internadas novamente após nova crises oriundas da falta de medicação.

Apesar de a venda na Feira ter sido cancelada temporariamente, a Oficina continua com a produção dos colares que são vendidos em algumas lojas de pessoas conhecidas e em outras entidades sociais. Agora, profissionais e participantes procuram, em conjunto, encontrar novas alternativas para a continuidade e melhoramento da Oficina. Uma das idéias é trazer outros artesãos para capacitar os participantes, de modo que aprendam a criar novos produtos, com qualidade e que se sintam motivados por isso. Pensa-se, ainda, em expor e vender os produtos pelo *site* da ONG, aproveitando a oportunidade da Oficina de Informática.

No nosso entendimento, ainda que a venda dos produtos da Oficina não seja alcançada de forma tão significativa, os *Rolinhos da Livre Expressão* criam possibilidade de exercício de cidadania e de reconhecimento da capacidade do sujeito. O retorno financeiro, ainda que pequeno, transforma a relação destes sujeitos com a maneira de consumir e de participar de outras esferas da vida em sociedade. Mesmo para aqueles que recebem aposentadoria ou benefícios sociais, estes advêm da doença, ao contrário da renda dos colares, que é produto da saúde, da capacidade de aprender e criar um colar bonito, de qualidade e que pode ser usado por qualquer pessoa “normal”.

Se eu faço um colar e vendo por R\$ 10,00 ou R\$ 15,00 eu já consigo algum dinheiro. E os meus sempre vendem alguns e agora eu consigo pagar sozinho a academia, sem a ajuda da minha mãe. Mas eu queria arrumar um emprego, até entreguei o currículo para um anúncio de trabalho para pessoas com necessidades especiais, mas eles não me chamaram. Se eu conseguir vou agradecer muito a Deus (Usuário INVERSO).

Quando eu mostro esses colares pro pessoal lá de casa ninguém acredita que eu faço não. Agora eles contam pra todo mundo que eu venho pra cá e que tô trabalhando. É bom né, eu acho bom e o pessoal de casa também acha bom. Às vezes eu fico com um pouco de dificuldade de vir, de ter dinheiro pra pegar o ônibus, mas quando eu vendo aí eu tenho dinheiro e venho sozinha (Usuária INVERSO).

Eu gosto mesmo é quando eu vejo alguém usando o colar, cada menina linda, linda, amigas das psicólogas né. Elas vêm aqui e a gente vende né, o nosso trabalho. Mas agora já tá fácil esse colar, eu quero fazer outra coisa. Agora eu tô fazendo essa cortina, já vendi uma (Usuário INVERSO).

4.3 A perspectiva do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

A instituição MPDFT tornou-se relevante para nossas investigações na medida em que recebeu importante atribuição com relação à proteção das PATM após a Lei nº 10.216 de 2001. Além desta relação específica com relação à nossa temática, o Ministério Público, em suas configurações atuais, se caracteriza enquanto uma das conseqüências que têm origem no Estado Democrático de Direito moderno. Em sua atribuição formal, a partir da Constituição Federal de 1988, lhe cabe defender a democracia, a ordem jurídica e os interesses sociais e individuais indisponíveis, sendo, ainda, uma instituição independente dos Poderes do Estado⁶⁶.

Nesse plano, enfatizamos a atuação do Ministério Público na promoção do inquérito civil para apuração de responsabilidades públicas e de particulares nos serviços de saúde, ajuizando, se necessário, ação civil pública em defesa de direito difuso e coletivo. Lembramos, ainda, que a recente conceituação institucional do Ministério Público, bem como a sua atuação, estão incluídas entre as inovações do legislador constituinte de 1988.

Só há relativamente pouco tempo vem o Ministério Público se dedicando à defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, bem como à defesa consciente do regime democrático. E são essas defesas que imprimem um novo perfil à instituição, não sendo mero órgão burocrático de acusação ou de fiscal da exata aplicação das leis, mas garantidor da democracia e do efetivo exercício da cidadania, social ou individualmente considerada. [...] Por isso, não se pode cogitar de qualquer impropriedade no título apostado ao Ministério Público de *defensor da sociedade*. É ele verdadeira ponte entre os três poderes do Estado e um dos elementos constitutivos deste: o povo. [...] Pode-se dizer, em suma, que a instituição do Ministério Público, tal como constitucionalmente posta hoje no Brasil, não encontra similar no Direito Comparado, dado o seu papel de defensor do regime democrático e das garantias sociais e dos cidadãos (ALVARENGA, 1993, p. 282-283, grifo do autor).

Diante do exposto, percebemos que há um entendimento sobre um Ministério Público social, que atua em defesa da sociedade, da aplicação e da garantia dos direitos e da cidadania. Esta visão da instituição é consensual entre os promotores entrevistados e trata-se de uma das

⁶⁶ Dessa forma, ao Ministério Público não compete defender interesses de entidades públicas, para isso há a Advocacia Geral da União. No entanto, até a Constituição de 1967, o Ministério Público era tratado no texto constitucional no Capítulo Do Judiciário, e esta situação só foi modificada em 1969 quando passou a integrar o Capítulo Do Poder Executivo. Sua desvinculação do Poder Executivo só se deu em 1988, quando foi inserido no Capítulo Das Funções Essenciais da Justiça e passou a ter independência dos Poderes do Estado.

principais motivações destes para ingressarem na carreira da promotoria: o ideal de “fazer justiça”.

A minha principal expectativa ao entrar aqui era mudar o mundo, fazer justiça. [...] Eu acho que o MP é ainda a tábua de salvação da sociedade. As pessoas não têm mais aonde recorrer, nenhum órgão público funciona da forma como deveria funcionar. A família está em frangalhos, não existe estrutura familiar mais. Então o quê que as pessoas estão procurando? Ou a religião ou o MP. Ainda é uma instituição que não tem, não que não tenha falhas, porque já até é noticiada alguma coisa, mas ainda é inabalável, é mais ou menos assim, MP e Corpo de Bombeiros ainda é pra sociedade uma coisa de honra ao mérito, uma coisa que as pessoas ainda acreditam. [...] eu acho que o MP está no papel de proteção da cidadania e que, deixou de existir, quer dizer, se eu chamo cidadania de respeito, de educação né, isso deixou de existir (trecho de entrevista – PR1).

Eu entrei no MP porque eu acreditei que eu pudesse fazer justiça para muitas pessoas, com minha atuação nos processos. [...] Atuar na fiscalização e na defesa dos direitos individuais e sociais indisponíveis. [...] E a proteção da cidadania é o maior objetivo do Ministério Público, fazer com que todas as pessoas exerçam em plenitude o exercício de cidadania (trecho de entrevista – PR2).

Eu fiz o concurso para promotoria para acusar criminosos no tribunal do júri, depois descobri que era possível fazer muito mais pela sociedade do que acusar criminosos no tribunal do júri, que é também muito importante. Mas hoje não me preocupo em colocar pessoas na cadeia, eu tenho uma preocupação muito maior que é não colocar pessoas na cadeia, mas resolver problemas das pessoas. O papel do MP é resolver, intermediar, representar todos os problemas que a sociedade tem [...]. Eu acho que nós recebemos uma quantidade enorme de demandas de uma sociedade desvalida e que precisa muito da gente. Isso é próprio de países com sistemas de representatividade muito baixos. Quanto mais o país tem déficit de representação democrática, mais ele é importante. E o dia que nós conquistarmos o nosso sonho, o MP vai perder exatamente a sua importância, ele vai passar talvez a ser apenas o acusador criminal que é uma tendência natural (trecho de entrevista – PR3).

Minha expectativa quanto ao MP era trabalhar pela sociedade, porque eu sempre busquei essa atuação social, essa visão social de um MP que seria a ligação entre a sociedade e o Estado, um intermediário. [...] E muita gente confunde esse MP social com MP de caridade, são promotores que estão aqui pra fazer caridade com o idoso, com o portador de deficiência, com o louco e na verdade não tem nada de caridade, na verdade é defesa de direitos. Nós estamos aqui é defendendo direitos, por meio de ações, enfim, por meio desses instrumentos (trecho de entrevista – PR4).

No que concerne à defesa e promoção da cidadania, também é consenso que esta seja uma das principais atribuições do MP, agravada, ainda, pela falta de organização da sociedade civil

brasileira. Todos os promotores entrevistados percebem que os movimentos sociais, organizações e associações da sociedade civil são formas legítimas de exercício de cidadania e têm um importante papel frente à defesa dos direitos, mas não vêm, de modo geral, uma atuação eficiente nesse sentido, o que está implicado com a atuação do MP.

[...] a sociedade civil no Brasil é extremamente desorganizada. Claro que nós temos ótimas ONG's, nós temos ótimas associações, mas isso pra mim na verdade é uma exceção. Então o MP no Brasil nessa área, digamos cível, ele está justamente para suprir essa falta de organização social, essa falta de associações, de entidades sociais, que façam a defesa dos interesses comuns: consumidor, saúde, portador de deficiência... É justamente pra suprir esse vácuo que o MP, que digamos assim o MP social existe (trecho de entrevista – PR4).

Quanto mais consolidado é um país em termos de organizações, por exemplo, o dia que a defesa do consumidor se estabelecer nos condomínios dos prédios, que a convenção do edifício já criar a comissão de defesa do consumidor, obrigatória e que ela tiver uma representatividade de atuação, a promotoria do consumidor desaparece. O dia que as associações de defesa dos pacientes de hospitais forem tão bem organizadas para reivindicar os seus direitos, a nossa promotoria desaparece. Quanto menos cultura de atuação democrática popular, de que a sociedade representa e defende os seus próprios interesses, mais precisa de um órgão poderoso, com força como o MP. [...] eu acho que a melhor expressão da cidadania são os movimentos sociais, mas os movimentos sociais têm que ter um cuidado, que aqui em Brasília todos os movimentos sociais se transformam em candidatura para deputado, isso não (trecho de entrevista – PR3).

Ainda que a articulação entre a PROSUS, onde realizamos uma parte do trabalho de campo, e a INVERSO esteja bem desenvolvida, assim como a comunicação com as instituições psiquiátricas seja relativamente constante, a maior parte dos promotores entrevistados não conhecem entidades, associações e representantes de movimentos sociais que atuem em defesa das PATM. Apenas um promotor citou a INVERSO e os demais afirmaram não conhecer qualquer entidade do gênero no Distrito Federal. Tal situação também se repetiu quando perguntamos sobre a luta antimanicomial, apenas dois promotores afirmaram conhecer documentos e material bibliográfico sobre o tema.

Esta é uma constatação interessante na medida em que, ao mesmo tempo em que percebem o MP como uma instituição social, de defesa da sociedade e da cidadania dos indivíduos, não mantêm, na prática, uma articulação com representantes da sociedade que atuam na defesa das PATM. Mesmo a PROSUS sendo a promotoria responsável por questões que

envolvam as PATM, como as internações, todas as promotorias onde realizamos as entrevistas podem, no seu cotidiano, enfrentar outras situações que envolvam os direitos das PATM, como no caso da Promotoria de Família, que recebe os processos de interdição das PATM.

No entanto, com relação à reforma psiquiátrica no Brasil e a Lei nº 10.216, todos os promotores demonstraram conhecer os seus princípios, bem como a atribuição do MPDFT a partir da promulgação da Lei. Há uma percepção da reforma psiquiátrica como algo urgente e necessário, mas com pouca aplicabilidade, já que não acreditam que a Lei esteja sendo implementada no DF. Afora as críticas aos órgãos responsáveis pela prática das políticas de reforma locais, observam que a atuação do MPDFT no sentido de cumprir suas atribuições não é suficiente e que os colegas promotores, de modo geral, não têm conhecimento da referida Lei.

A reforma psiquiátrica é um movimento de maior abertura no tratamento, de humanização do tratamento, de conferir dignidade às pessoas portadoras de deficiência e um movimento que repercutiu grandemente na sociedade, porque houve mudanças na legislação [...]. Porque de início tinha aquela idéia de que essas pessoas deveriam ser isoladas, e esse isolamento não tinha retorno né, então era uma discriminação e um encarceramento, que nem os criminosos não tinham, e essas pessoas eram assim tratadas (trecho de entrevista – PR2).

Eu tenho conhecimento que nós do MP precisamos cobrar implementação dessa Lei. Porque apesar de serem proibidas as internações da forma como eram feitas, em casas especializadas, porque as pessoas eram realmente jogadas lá dentro e esquecidas, hoje não é feito o tratamento da forma como a Lei exige, muitas vezes a Lei é até ineficaz, mas essa Lei, não deu nem pra saber se ela foi eficaz ou se não é, porque ela não é devidamente implementada. Uma das coisas que eu sei e que é uma das coisas que eu mais debato é que eu ainda não vi a atuação do MP nesse sentido, no sentido de cobrar a implementação da Lei. O que aconteceu foi que tiraram as casas de internação mas não se colocou nada no lugar. Então o que eu conheço a respeito do tratamento da questão de tratamento de transtorno mental é o seguinte: tirou-se o que tinha, ta não era bom, mas não se colocou nada no lugar. E, que eu saiba, a PROSUS ainda não entrou com nenhuma ação nesse sentido, de cobrar a implementação dessa lei (trecho de entrevista – PR1).

O MP tem uma importante atribuição e a Lei trata disso, principalmente na questão das internações, das internações involuntárias. Mas o papel do MP transborda essa Lei, é, no meu entender, papel institucional do MP a defesa das chamadas minorias, as minorias quando eu falo as minorias, não são as minorias étnicas não, é o grupo social vulnerável, os grupos humanos que vivem em situação de opressão e que pra mim está caracterizada a situação de opressão justamente nesse grupo social, que é o grupo dos acometidos por transtornos psíquicos, eles vivem, portanto, em situação de opressão. [...] Essa Lei é de 2001, então é uma lei, entre outras, muito recente, e as leis dessa ordem são difíceis de colar e demoram pra colar. A verdade é que os colegas pouco

conhecem dessa Lei, é difícil um promotor que conheça porque essa Lei não é cobrada em concurso, a realidade é essa. Eu tive a oportunidade de entrar em contato com essa Lei justamente porque eu trabalhei na PROSUS e me interessei pela área, porque também, sendo sincero com a senhora, eu poderia muito bem ter passado pela PROSUS e não ter trabalhado em nenhum momento com saúde mental, era só não querer, não precisava, não havia pressão nem cobrança (trecho de entrevista – PR4).

Nesta perspectiva, reconhecem que a aprovação da Lei representa um importante passo no caminho que pode levar à cidadania das PATM que, mesmo já sendo titulares de direito formalmente desde a CF/88, ainda são percebidas como “números” dentro das instituições – onde muitas vezes não são sequer chamadas pelos próprios nomes –, no contexto familiar e nas instâncias jurídicas. Percebem, entretanto, que uma Lei por si só não tem o poder de mudar práticas centenárias de exclusão e segregação, mas é um instrumento que em algumas situações pode interferir decisivamente para transformar uma ação e, gradativamente, mudar a realidade e a forma de a sociedade e o próprio MPDFT lidar com as PATM.

Sobre o significado e o alcance da intervenção da Lei nº 10.216 nas práticas de saúde mental no DF, um dos entrevistados explicita:

Se uma lei diz que, pra esses pacientes tem que se adotar uma política específica e se o Ministério responsável, o órgão de execução máxima, edita uma portaria e regulamenta essa política, surge aí para o Estado uma obrigação de fazer, uma obrigação, um ato vinculado, que se não foi implementado gera um ato arbitrário para o Estado. [...] Por isso, a gente tem que valorizar essa Lei, porque ela é um instrumento muito importante, um instrumento útil que nos dá subsídios pra trabalhar, pra eu entrar com uma ação aqui, eu só posso entrar porque existe uma lei, a verdade é essa. Sem essa lei eu iria ficar no plano etéreo, como que ia ser? O juiz ia olhar assim, um juiz que é muito pragmático, ‘mas cadê, qual é o artigo aqui que diz que tem que ser feito?’, agora já temos, foi um avanço a Lei (trecho de entrevista – PR3).

Outros aspectos foram mencionados como etapas a serem cumpridas para a efetivação das políticas de saúde mental no DF, como a conscientização da população e dos agentes concretizadores, a realização de um trabalho em conjunto com as famílias, que na maioria das vezes não sabem como lidar com os pacientes psiquiátricos e só encontram, por parte do Estado, apoio para interná-los. Como um dos maiores obstáculos para a reforma psiquiátrica, sublinham a falta de vontade política dos órgãos locais que, além de não implementarem as políticas, não cumprem as determinações do próprio MPDFT. A falta de vontade política também é ressaltada

por todos os demais entrevistados, de todas as instituições pelas quais passamos, como veremos a seguir.

4.4 Narrativas dos profissionais de saúde mental

Trazer as narrativas dos profissionais das instituições de saúde mental do DF é tarefa de grande importância para nosso trabalho, uma vez que estes são os principais agentes concretizadores da reforma local. Obviamente que outros atores sociais também são de grande relevância para este fim, como os familiares, os formuladores das políticas, os próprios promotores de justiça, como foi explicitado acima, entre outros. Contudo, acreditamos que toda a história da luta antimanicomial teve e tem como principais protagonistas, além dos próprios pacientes psiquiátricos, os profissionais das instituições psiquiátricas. Sendo assim, conhecer a experiência destes profissionais para refletir acerca da reforma psiquiátrica e da cidadania das PATM no DF foi essencial para o desenvolvimento deste estudo. Para expormos suas perspectivas, optamos por dividir as narrativas não pelas instituições, mas pelas categorias de profissionais, buscando, deste modo, encontrar os pontos de intersecção que os une e as lacunas que os separam.

4.4.1 Narrativas de psicólogos e terapeutas ocupacionais

Para começar, faz-se necessário esclarecermos os motivos de duas categorias profissionais terem sido reunidas neste primeiro tópico. Como explicamos ao demonstrar a construção metodológica de nossa pesquisa, selecionamos quatro categorias de profissionais para entrevistarmos nas instituições psiquiátricas: psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. Entretanto, em uma das instituições ao invés de um profissional de psicologia, nos foi apresentada uma profissional da terapia ocupacional, de modo que escolhemos agregá-la ao conjunto de psicólogos, pela semelhança das atividades desenvolvidas nas instituições.

Dessa forma, aqui se encontram as narrativas de profissionais de todas as instituições pesquisadas, exceto do MPDFT. Frisamos, contudo, que a INVERSO se faz mais representada, na medida em que todas as profissionais entrevistadas naquela instituição são psicólogas. Diferentemente do que poderíamos imaginar, ao analisar os dados das entrevistas, percebemos

que mesmo falando de instituições diferentes, os profissionais das instituições psiquiátricas têm discursos e práticas muito semelhantes aos das psicólogas da ONG.

Da mesma forma no que concerne ao envolvimento com a luta antimanicomial que, mesmo não sendo uma vivência cotidiana para todos os entrevistados, a prática antimanicomial e a simpatia com tal perspectiva integram as suas experiências no dia-a-dia das instituições. Também entre estes profissionais percebemos um outro ponto de semelhança que não se repete entre os demais: todos escolheram trabalhar com pacientes psiquiátricos e nas instituições onde desenvolvem suas atividades.

Apesar da proximidade de todos os entrevistados com a luta antimanicomial, apenas um respondeu afirmativamente com relação à sua participação no movimento, que é denominado atualmente como Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, representada pelo Movimento Pró-Saúde Mental no DF. De modo geral, em todas as narrativas sobre o movimento da luta antimanicomial este é percebido como instrumento de busca e construção da cidadania das PATM, mas concordam que no DF há um enfraquecimento do movimento e que existem muitas dificuldades para que suas metas sejam concretizadas, sobretudo por questões políticas locais.

[...] a gente luta pelos direitos dos usuários, então tem uma relação bem direta com a defesa e a construção da cidadania dos usuários, a gente trabalha exatamente defendendo os usuários da saúde mental, apoiando as famílias e os profissionais. Mas aqui em Brasília as coisas estão bem difíceis, principalmente neste governo, que não quer reforma DF (trecho de entrevista – PS4).

Eu acredito que o movimento da luta antimanicomial é muito importante, mas aqui ele tá muito coberto ainda né, a gente não vê ele muito às claras, a gente vê uma ação aqui, outra ação ali, alguém ali que diz que faz parte do movimento (trecho de entrevista – TO1).

O movimento da luta antimanicomial ele é bom né, ele tem uma boa idéia assim, mas é difícil a atuação dele aqui em Brasília. Eu não sei porque esse campo da saúde mental é muito complicado sabe, você vê as coisas demoram a acontecer, parece que você tem que ficar correndo muito atrás. Tem a lei, mas aí não atinge as pessoas, não vigora, você tem que ir caso a caso, bater na porta lá do Ministério, pedir uma atuação ali, porque as pessoas ficam muito desassistidas né e não tem interesse político em apoiar o movimento (trecho de entrevista – PS3).

Com relação à reforma psiquiátrica, a maioria das narrativas trazia a atuação do MNLA nesse sentido e a aprovação da Lei nº 10.216 como um símbolo da reforma no Brasil. A idéia

central que compõe as representações destes profissionais sobre a reforma psiquiátrica é necessidade de mudança, de rompimento com um modelo tradicional de tratamento e percepção das PATM e a instalação de um novo modelo humanizado, que possibilite a reinserção dos pacientes e a construção de suas cidadanias.

[...] eu acho que a psiquiatria, ainda que lentamente, está caminhando sim para uma outra forma. Ainda medicalizam muito, porque na sociedade hoje não cabe o sofrimento existencial, que é próprio do ser humano, então eles metem remédio. [...] mas eu tenho contato com vários profissionais, vários psiquiatras que já têm uma outra visão sabe, de que tem que trabalhar as questões pessoais, [...] então assim eu vejo que está tendo uma mudança, eu vejo que os psiquiatras aos poucos estão mudando (trecho de entrevista – PS2).

Mas a reforma também é percebida criticamente e alguns profissionais apresentam um posicionamento de se repensar a idéia de reforma baseada apenas no modelo de rompimento com a estrutura manicomial. Assim, concordam em unanimidade com a necessidade de uma quebra radical com o velho modelo, mas demonstram como outras questões específicas precisam ser revistas para que a reforma realmente se concretize.

[...] a reforma é uma coisa necessária, a história mostra que é uma coisa necessária porque depois da criação dos direitos humanos é impossível a gente pensar em hospital psiquiátrico, naqueles horrores que aconteciam. Só que eu penso que a reforma psiquiátrica, num primeiro momento, foi muito radical né, de não mais internação, não mais instituição, agora vão todos pra rua né, e eu vejo que o discurso da reforma é um discurso muito político, o que penso que foi super importante, mas hoje a gente tem que voltar a ter um olhar mais clínico e não só político. A prática vem mostrando, inclusive os usuários lá da INVERSO falam isso claramente: ‘ah, essa história de reforma eu tive que voltar pra minha casa, onde ninguém tem condições de te atender’ (trecho de entrevista – PS1).

[...] reforma psiquiátrica só vai existir, na verdade, quando nós pudermos ter uma ação, um programa, um projeto que retire do centro da atenção apenas médicos e comece a abrir pra outras ações, outros enfoques. Por exemplo, o trabalho do serviço social como reestruturador, reorganizador dos usuários com as famílias, na vida social se faz necessário, por isso que nós temos serviços sociais, mas no plano geral, no projeto geral quem decide a alta e a licença é o médico, não é o assistente social, então é disso que eu falo. Então eu acho que a reforma psiquiátrica é isso, não é só diminuir leito, abrir oficinas, que é isso que a gente escuta muito sobre reforma, mas principalmente você mudar o enfoque da assistência aos usuários, você muda para que realmente possa funcionar a equipe interdisciplinar, o indivíduo possa ser visto como um todo e não só como doença (trecho de entrevista – TO1).

Não apenas entre psicólogos e terapeutas, mas entre os profissionais das instituições, de modo geral, o poder centralizado do médico psiquiatra foi questionado em diferentes momentos. Segundo os entrevistados, em épocas anteriores nas instituições outros profissionais estiveram na porta de entrada das instituições, como o serviço social, mas, atualmente, nas duas instituições psiquiátricas que estivemos, os pacientes são recebidos pela psiquiatria. Isto também se reflete na ocupação dos cargos de chefia, direção e também nos cargos políticos dos órgãos de gestão em saúde mental. Geralmente, todos são ocupados por psiquiatras. Vale mencionar, no entanto, a peculiaridade da ocupação do cargo da vice-direção de uma das instituições pesquisadas, para o qual foi nomeada uma nutricionista.

Com exceção dos profissionais que efetivamente fazem ou já fizeram parte do movimento da luta antimanicomial, os demais não conhecem a Lei nº 10.216 em profundidade. Sabem que se trata da lei da reforma psiquiátrica, que tinha como objetivo a extinção dos manicômios e que o projeto foi de autoria do Deputado Paulo Delgado, mas não têm um conhecimento detalhado sobre o seu conteúdo. Sendo assim, também não souberam descrever com clareza qual seria o papel do MPDFT após a aprovação da Lei, apesar de alguns observarem a maior presença do MPDFT nas instituições psiquiátricas em tempos recentes.

[...] o que eu sei sobre o Ministério Público é que eles funcionam muito como um controle social, de fazer uma auditoria, de ir nas instituições, fazer relatórios. Inclusive no fechamento da Clínica Planalto o Ministério Público teve uma atuação muito forte, muito importante. [...] Acho que quando eles atuam, fazem isso também em nome da cidadania, porque eu acho que quando eles fiscalizam e mandam fazer as coisas, eles estão defendendo os direitos das pessoas e da população né (trecho de entrevista – PS2).

[...] eu acho que o Ministério Público teve que passar a se instrumentalizar pra lidar com a Lei, então a partir do momento que a Lei foi aprovada, você tem um objeto de intervenção no hospital psiquiátrico ou de sanção junto aos técnicos e gestores em saúde mental. Então a Lei é um instrumento de cidadania e o Ministério Público passa a se instrumentalizar melhor para lidar com as questões de saúde mental (trecho de entrevista – PS4).

Assim como os promotores do MPDFT, os entrevistados não acreditam na Lei como único instrumento capaz de transformar a realidade das PATM e as representações que a sociedade tem sobre a loucura e a doença mental. Mas atestam que se trata de um importante instrumento para este fim, porque oferece um novo tratamento jurídico e assistencial aos doentes mentais.

Esse é um processo lento, e um processo que a sociedade vai ter que lidar com ele durante algum tempo, mas eu tive a oportunidade de ver os usuários sendo recebidos no Palácio do Planalto, pelo Presidente Lula, pra discutir o De Volta Para Casa e discutir cidadania. Eu acho que o grande movimento que aconteceu nacionalmente é a luta antimanicomial, os pacientes psiquiátricos passa a ser um sujeito de direitos e a partir daí ele se constitui enquanto sujeito político e aí ele vai reivindicar os seus direitos, seja o direito de não tomar eletrochoque, seja o direito de ter a medicação, de ser atendido perto da sua casa em uma unidade aberta (trecho de entrevista – PS4).

[...] a reforma está trazendo uma nova representação da doença mental, ela trouxe uma nova percepção de que agora o paciente ele não é só louco, ele também é uma pessoa, ele também tem desejos, ele tem direitos, tem deveres também que a gente pode cobrar deles [...]. Então a gente trabalha muito nesse sentido aqui dentro e isso eu acho que está começando a mudar dentro da psiquiatria, a gente não vê mais ele só como aquela pessoa que tem um sintoma, vai tomar o tal remédio e tem que sair daqui. Não, é aquela pessoa que tem que tomar remédio, mas tem um dever social, ele tem direitos a fazer coisas também nessa sociedade (trecho de entrevista – TO1).

Sobre a implementação das políticas de saúde mental relacionadas à reforma psiquiátrica no DF, é unânime a sensação de que muito pouco foi feito até agora, sobretudo em função das resistências políticas. Acreditam que não é possível transformar um modelo assistencial que perdurou durante tanto tempo, mas pensam que há pouco investimento na concretização das políticas, na capacitação dos profissionais das instituições, na conscientização da sociedade e na abertura de novos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Eu avalio que não há reforma psiquiátrica em Brasília, o que há são pessoas de boa vontade fazendo algum serviço que no final das contas não influencia em muita coisa, porque é pouco, entendeu? Eu acho que tudo que está se construindo lá fora, em Brasília ainda está engatinhando em cima de muito preconceito, de muitos interesses políticos e isso compromete muito a saúde mental. Porque o que está à frente da reforma psiquiátrica em Brasília, o que eu vejo, é uma impressão minha, é muito interesse político, o dia que a gente quebrar isso e botar profissionais que não têm interesses políticos e têm interesse só na ação, daí que a gente vai começar a andar (trecho de entrevista – PS3).

O Distrito Federal está engatinhando né, ele está no primeiro ponto do que aconteceu nos outros estados que é o fechamento de hospitais manicomiais. Com o fechamento da Clínica Planalto fechou-se o último hospital manicomial do DF, talvez ainda tenha o São Vicente que também é um pouco manicomial e que é do governo, mas que atende as internações de todo o DF e entorno. Então a gente fecha os hospitais psiquiátricos que são responsáveis por um grande atendimento, mas não abre lares terapêuticos, não abre CAPS, não abre hospital-dia. A fase de abertura de novos CAPS, hospitais-dia, unidades abertas

e unidades residenciais, isso não foi feito. Então assim é como se estivesse num momento de transição, mas que houvesse uma acomodação, o governo se acomodou, não estão prendendo, não estão matando e nem batendo, então está bom do jeito que está (trecho de entrevista – PS4).

4.4.2 *A visão das psiquiatras*

Diferentemente da amostra anterior, o número de psiquiatras entrevistadas foi bem menor do que de psicólogos e promotores. No entanto, trata-se de duas representantes das duas principais instituições públicas do Distrito Federal. Consideramos muito importantes as narrativas de profissionais representantes da psiquiatria, uma vez que estes são os principais alvos das críticas advindas da luta antimanicomial e, ao mesmo tempo, agentes concretizadores de uma reforma que os atinge diretamente.

Também em um sentido contrário ao dos psicólogos onde foi possível encontrarmos vários pontos de intersecção entre suas narrativas, as percepções das médicas psiquiatras que entrevistamos diferem em vários sentidos, a começar pela forma como vêem a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica.

Eu acho que a luta antimanicomial foi um movimento muito importante, assim pensando na reforma psiquiátrica, foi um movimento que teve o seu papel, foi importante, mas em Brasília eu tô achando meio embaçado, assim mascarado ou adormecido. Acho que ele foi importante num determinado momento, pra chegar a fazer essa reforma assim e tudo, eu acho que ele teve o seu papel.[...] Porque antes os pacientes eram abandonados na instituição e ficavam praticamente presos, e a reforma veio pra modificar esse tipo de esquema, de despertar para os direitos humanos dessas pessoas, ver como elas poderiam ser melhor atendidas, como é que a psiquiatria poderia atender melhor esses pacientes. Então é um movimento muito interessante que contribui para o desenvolvimento e a evolução do atendimento psiquiátrico como um todo (trecho de entrevista – MP2).

Esse movimento de luta antimanicomial é meio complicado, eu tenho muita crítica, porque eu acho que as pessoas inseridas no movimento não têm uma noção da realidade do contexto, não que não seja psiquiatra ou que não seja psicólogo, mas eu falo de conhecer a realidade mesmo. Por exemplo, de ser contra uma eletroconvulsoterapia, de sei lá, eu vejo muitos projetos que não têm a ver com o nosso contexto, parece que as pessoas não sabem de nada [...]. Do mesmo jeito essa reforma psiquiátrica, a gente ouve falar, mas eu nunca li nada muito disso, porque eu acho que assim, a gente não obedece a coisa, tá muito fora da realidade, às vezes quem faz a lei não conhece e a gente não se adequa por questões políticas [...] (trecho de entrevista – MP1).

É interessante notar comparativamente as narrativas das profissionais de psiquiatria em que uma percebe o movimento da luta antimanicomial de forma positiva, assim também com relação à reforma psiquiátrica, vistos como uma contribuição ao trabalho dos psiquiatras e um meio de pensar novos modelos para o atendimento em saúde mental. O segundo relato, por sua vez, traz o mesmo movimento como algo exterior ao trabalho da psiquiatria, sem considerar a essência do movimento que é formado não apenas por usuários, familiares, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, mas também por psiquiatras de uma corrente menos ortodoxa.

No que se refere ao conhecimento da Lei nº 10.216, os posicionamentos continuam divergentes. Inicialmente, MP1 afirma não conhecer a citada Lei e se justifica pelo fato de que as questões concernentes à reforma seriam deturpadas, e, por isso, não se interessava em aprofundar na Lei, mesmo ocupando um dos cargos de direção da instituição. Já para a outra psiquiatra, MP2, trata-se de um instrumento importante com muitos aspectos positivos, sobretudo no que diz respeito à mudança do tratamento dado nas instituições psiquiátricas, mas sublinha que outras discussões precisam ser feitas no sentido de criar alternativas às internações, como a criação de residências terapêuticas, que seria, inicialmente, uma iniciativa interessante, mas precisaria ser repensada, caso a caso, de acordo com as condições de cada paciente.

Ainda sobre alguns pontos específicos da Lei, como políticas implementadas a partir de sua aprovação, mesmo que uma das entrevistadas tenha afirmado conhecer a Lei, não souberam citar qualquer política que tenha sido implantada no Distrito Federal com este fim. E uma das entrevistadas se justifica:

[...] eu até deveria conhecer as políticas, pelo menos o que está no papel né, por eu estar fazendo parte da direção eu tenho que estar lendo algumas coisas, CAPS, como funciona, o hospital-dia, mas como na prática isso não acontece muito, pra te falar a verdade eu leio e sabe...já esqueci, 'ah, isso não acontece mesmo' (trecho de entrevista – MP1).

No entanto, ambas as entrevistadas concordam ao se referirem às mudanças ocorridas no contexto da assistência à saúde mental nos últimos tempos, ainda que estas não sejam, necessariamente, conseqüências da Lei nº. 10.216. O reconhecimento das mudanças, mesmo que pequenas, nos serviços e nas formas de perceber e lidar com os pacientes psiquiátricos é quase que unânime entre os profissionais que entrevistamos em nosso trabalho. Porém, o processo que teria desencadeado tais transformações é que é descrito e percebido de formas diferentes. Para

MP2 é um dos resultados da luta antimanicomial, da atuação dos representantes deste movimento, mas para MP2, refere-se ao próprio desenvolvimento e humanização da psiquiatria que passou a ser reconhecida como ciência.

A intersecção entre as narrativas das psiquiatras se repete, ainda, com relação às mudanças nas formas de perceber as PATM, pois, uma vez que surge uma Lei tratando dessa questão, conseqüentemente surge um debate, mesmo que pontual, sobre a temática da doença mental, sobre os direitos e a cidadania. Por isso, para ambas, quando a sociedade tem acesso à Lei e às políticas que tratam deste assunto, a tendência é que passem a perceber as pessoas e a doença de uma forma diferente, com menos preconceito, o que contribui para a diminuição do estigma que recai sobre essas pessoas.

[...] se você tem essa Lei que estimula o paciente exatamente a não ficar num lugar confinado, isolado, completamente alheio ao mundo, alienado, você está trazendo ele pra comunidade, tem pessoas se preocupando com ele, aí sim ele tem capacidade de exercer a cidadania dele com mais facilidade e com efetividade. Se ele aparece e se reconhece como pessoas, como cidadão, as outras pessoas também passarão a reconhecê-los dessa forma (trecho de entrevista – MP2).

De modo geral, assim como os demais profissionais, as psiquiatras não vêem grandes avanços na reforma psiquiátrica no Distrito Federal, inclusive se comparada aos quadros de outros estados onde ambas conhecem outras experiências de reforma. A razão para tamanho atraso residiria, assim como já foi apresentado por outros profissionais, na falta de vontade política do governo local, que mesmo havendo uma série de incentivos dos órgãos federais, não põem em prática as políticas de reforma necessárias para a reestruturação da assistência no DF. Além disso, citam a falta de organização social de familiares e usuários para reivindicarem seus direitos, que mesmo recebendo orientações nas instituições, não se articulam em busca de melhorias.

4.4.3 A percepção da enfermagem

Os discursos das profissionais da enfermagem se destacam na medida em que estas são, na maioria das vezes, as pessoas que estão mais próximas das PATM em momentos de crise, nas alas de internações e nas situações de maiores dificuldades para os pacientes dentro das

instituições psiquiátricas. No DF, são elas também que, mesmo optando pelo exercício de suas atividades em outros setores das instituições e sendo especialistas em outras áreas da enfermagem, são encaminhadas para a psiquiatria mesmo não tendo qualquer experiência anterior que as qualifique para tal.

Essa é a história de vida de grande parte dos profissionais de enfermagem que atuam nas instituições psiquiátricas, tanto as técnicas de enfermagem que entrevistamos, como as que conhecemos durante a pesquisa de campo. Mas apesar da pouca, ou quase nenhuma experiência em psiquiatria, a maioria permanece na área e “toma gosto” pelo trabalho, como sublinha TE1, orgulhando-se pela sua atuação de mais de dez anos em psiquiatria.

Ainda assim, a relação da enfermagem com a psiquiatria nos pareceu bem tensa, ficando bem explícita a estrutura hierárquica na qual estão inseridos. Ainda que as profissionais de enfermagem estejam quase sempre muito mais próximas do cotidiano dos pacientes, têm pouca autonomia no que se refere ao modelo de assistência. Esta é uma das primeiras observações de nossas entrevistadas, quanto às questões que precisam ser inseridas no debate sobre reforma psiquiátrica.

A reforma fala sobre equipe interdisciplinar né, eu acho isso muito interessante, a gente aprender isso nos cursos de auxiliar. Mas quando chega aqui a gente só tem que seguir os médicos, no caso aqui os psiquiatras, que temos que nos submeter ainda mais, porque só eles é que podem falar sobre a doença mental. Mas não percebem que não é só a doença, aquela pessoa tem uma história, tem uma família e às vezes ela precisa de outra coisa, que não é só um remédio e pronto, interna e pronto. Na prática, nós é que estamos sempre aqui nas alas de internação, mas temos pouca autoridade pra decidir alguma coisa ou para participar efetivamente. Não é só a gente não, também acontece com o pessoal do serviço social e até com as psicólogas (trecho de entrevista – TE2).

Olha que interessante, todo esse movimento da luta antimanicomial, eu não participei muito, mas eu acompanhei porque acredito nessas idéias, mas todo o movimento sempre teve muitas pessoas da enfermagem, da psicologia e outras pessoas, mas quando é na hora de fazer a coisa acontecer tudo depende dos psiquiatras e a gente fica um pouco de fora, principalmente a gente aqui da enfermagem. Fica só com a crise mesmo, por isso que tem muita enfermeira adoecida (trecho de entrevista – TE1).

Apesar de ambas as entrevistas da enfermagem terem um conhecimento razoável sobre o que viria a ser reforma psiquiátrica, a idéia do reconhecimento dos direitos, da proteção das PATM, humanização do atendimento e extinção dos manicômios, não conhecem efetivamente o conteúdo da Lei, nem mesmo as políticas de saúde mental desenvolvidas pelo Ministério da

Saúde, mesmo que estas não tenham sido aplicadas no DF. No entanto, reconhecem que existem mudanças recentes no contexto das instituições em que fazem parte, mas estas se devem aos esforços individuais de profissionais comprometidos com a luta antimanicomial e que já vinham desenvolvendo iniciativas de transformação da assistência.

Ter uma lei que trata dos direitos dos usuários é muito bom porque as coisas vão mudando, mas não mudou totalmente não. Algumas coisas nas instituições têm que mudar mesmo, porque se não mudar o Ministério Público vem aqui e manda fazer, eles ficam de olho mesmo. Eu acho que entre os funcionários mudou um pouco, melhorou a visão que eles têm dos pacientes e o tratamento também, mas lá fora ainda não, porque não tem nenhuma propaganda e nem campanha. Não é como no caso dos deficientes mentais ou dos deficientes físicos que sempre tem propaganda, às vezes eles estão até nas novelas (trecho de entrevista – TE2).

A observação da entrevistada sobre a falta de conscientização da sociedade sobre as PATM nos demonstra que o quanto é lento e complexo o processo de mudanças das representações sociais sobre a loucura e a doença mental. Mas concordam que nos últimos anos algumas mudanças estão acontecendo, sobretudo no que diz respeito ao fechamento de instituições manicomiais. No entanto, ressaltam que não são criados outros serviços e nem há preparação dos profissionais das instituições para que eles possam se capacitar e oferecer uma assistência de acordo com os preceitos da reforma.

Em relação à Lei, foi bom ter acontecido porque de certo modo, ele dá um empurrão em certas pessoas que ficam paralisadas sabe. Tem muita gente quadrada trabalhando nas instituições, que não querem mudar a forma de tratar, de trabalhar. Mas se tem uma lei que te embasa, aí você mostra e orienta como as coisas devem ser feitas. Agora, de todo jeito depende muito de quem está em cima, quem está na Secretaria de Saúde, na Coordenação de Saúde Mental, porque aqui as coisas já estiveram melhores, mas quando não tem um interesse maior, fica assim, do jeito que está. Tem alguns profissionais desenvolvendo trabalhos muito bons, mas a estrutura tá caindo, o teto tá pingando e não tem incentivo nenhum para os profissionais (trecho de entrevista – TE1).

Eu acho que cai justamente naquilo que eu falei, em Brasília, de uns três anos pra cá, porque a última foi a Planalto, eu acho assim, melhorou o atendimento, a gente não pode negar isso, em Brasília, mas ao redor de Brasília, bem próximo não. Ainda continua os manicômios, em Anápolis, Goiás e muitos pacientes daqui são mandados pra lá. Eu não sei os nomes, mas eu vejo como os pacientes chegam aqui dentro quando volta de lá, querendo ou não, pela forma que são tratados, continuam os manicômios. (trecho de entrevista – TE2).

4.4.4 *Com a palavra: as assistentes sociais*

As narrativas das assistentes sociais não ficaram por último devido ao acaso ou pela mera vontade da pesquisadora, mas por serem estas as que nos pareceram terem um conhecimento mais aprofundado sobre a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica no Distrito Federal, a Lei nº 10.216 e a cidadania das PATM. Além disso, apesar de falarem de instituições diferentes, suas experiências de trabalho em psiquiatria já somam uma média de quinze anos de trabalho, o que as legitima como conhecedoras da real situação da assistência psiquiátrica no DF. Assim como as técnicas de enfermagem, as assistentes sociais também não escolheram trabalhar em saúde mental, mas ao prestarem o concurso, foram encaminhadas para instituições dessa natureza.

Um primeiro diferencial com relação aos demais profissionais entrevistados é quanto à participação das entrevistadas em movimentos sociais. Não apenas tiveram participação em movimentos sociais de diferentes setores, como também no movimento da luta antimanicomial, sendo que uma delas ainda participa efetivamente da atual Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. A questão da participação social é sublinhada em ambas as narrativas, como condição para o exercício de uma cidadania efetiva.

Eu vejo que a nossa população é muito excluída, ela é excluída justamente por uma falta de conhecimento de seus direitos e por isso ela não participa, ela não vai atrás do que ela tem por direito. Aí você imagina, se a população brasileira já é excluída, imagina os usuários da psiquiatria, são mais que excluídos, são esquecidos. Por isso, que o movimento da luta antimanicomial é muito importante, porque dele participam também os usuários e os familiares. Então onde há um movimento social, há o despertar, há uma consciência crítica, as pessoas podem ser sujeitos de suas própria história e podem ser cidadãos (trecho de entrevista – AS2).

Além de participarem e conhecerem o movimento da luta antimanicomial, as assistentes sociais são bem articuladas com outros movimentos sociais, ONGs e associações, assim como também mantêm um diálogo constante com o MPDFT, a Câmara Legislativa, comissões de direitos humanos. Para as entrevistadas, é necessário que todas essas instituições e órgãos permaneçam relacionados e articulados para que a reforma psiquiátrica se concretize no DF. A atuação do movimento da luta antimanicomial foi essencial em um primeiro momento de pressão pela reforma psiquiátrica, mas, segundo afirmam, outras ações precisam ser implementadas.

A reforma psiquiátrica é desinstitucionalizar, é acabar com os manicômios, fechar e criar outras formas de tratamento. Isso é o que a luta antimanicomial queria, mas dá pra fazer isso sozinha né. Hoje o movimento tá enfraquecido, então a gente precisa muito do Ministério Público, das pessoas que trabalham no governo pra fazerem as coisas acontecer. Eu acho que o São Vicente nem podia existir mais, porque reforma psiquiátrica é ter um CAPS, é o paciente chegar e ser assistido dentro das condições que ele está, não é o paciente ficar internado contido (trecho de entrevista – AS1).

A reforma pra mim ela tem uma importância muito grande, mas eu acho que é uma coisa assim é muito complicado, complexo. Aí entra a importância do movimento e dos órgãos que defendem os direitos e a aplicação da Lei. A reforma é uma questão de postura, individual e a partir daí você tem uma prática diferente, uma prática humanizada, uma prática que vê o ser humano como capaz de sair dessa posição e dar um passo adiante, hoje ele está incapaz, mas amanhã ele pode estar capaz. Então é uma prática de acreditar que ninguém é e nem precisa ser eternamente louco ou eternamente doente, é de olhar o indivíduo e ver a parte saudável, ver o indivíduo, e não só a doença. Se as pessoas não fazem isso espontaneamente e você tem uma lei que obriga a mudarem as práticas, aos poucos as pessoas vão mudando o olhar também, eu vejo assim (trecho de entrevista – AS2).

Nessa perspectiva, o papel do Ministério Público é ressaltado como um dos principais agentes atuantes na defesa dos direitos e da cidadania das PATM, bem como no sentido de fiscalizar as instituições psiquiátricas para que ofereçam um serviço de acordo com a reforma. Por outro lado, frisam que a atuação do Ministério Público é pouco preventiva, só aparecem em momentos de emergência e isso, muitas vezes, é percebido pelos demais profissionais como uma atuação política em defesa de interesses partidários e não pelos direitos das PATM.

O Ministério Público tem que fazer a acontecer a Lei, impor, porque as coisas têm que acontecer. Mas aqui em Brasília, até isso aqui o povo confunde, o Ministério Público, os direitos humanos, com política, por exemplo. Aí muita gente diz: ‘olha o PT tá dentro do hospital, o PT tá mandando no hospital’. [...] O próprio ex-Secretário, a cada visita que o Ministério Público fazia ao Hospital de Base ou São Vicente, no outro dia ele dizia que estavam perseguindo ele. Mas não percebem como o Ministério Público tem uma relação fundamental com essa questão de cidadania e de cobrar que a reforma psiquiátrica aconteça (trecho de entrevista – AS1).

Nas narrativas de ambas as profissionais, há uma dose de frustração na pouca aplicabilidade da Lei no DF, sobretudo por falta de vontade política. Afirmam, ainda, que a Lei que foi aprovada não é a mesma idealizada pelo movimento da luta antimanicomial, mas, mesmo

assim, esperavam que o quadro da assistência em saúde mental no DF estivesse mais avançado que está.

Olha só, eu acompanhei a discussão dessa Lei durante uns dez anos, para aquela fosse aprovada e promulgada e tal. E no final eu sei que ela foi muito reduzida, ficou muito reduzida e ficou bem aquém do que a gente desejava do que foi a idéia inicial. Então a Lei ainda é pra mim uma grande frustração no sentido de que a gente não conseguiu fazer quase nada, a gente achava que quando a Lei fosse aprovada as coisas iam deslanchar e iam acontecer, entretanto, aqui no DF, pra nós não aconteceu quase nada. Eu acho que falta vontade política, falta mais articulação dos atores envolvidos nesse processo de mudança, porque agora todo mundo acha que reforma psiquiátrica é coisa do PT (trecho de entrevista – AS2).

Com isso, apesar de terem conhecimento sobre diversas políticas de saúde mental implantadas nos estados, como as residências terapêuticas, os CAPS, NAPS, hospitais-dia e outras iniciativas, não reconhecem grande mudanças no DF desde a aprovação da Lei. Na verdade, para as assistentes sociais, o que se tem hoje na assistência em saúde mental local é reflexo de um movimento anterior à Lei, isto é, em função da atuação do movimento da luta antimanicomial e da própria legislação distrital que regia a saúde mental desde 1995.

Para as assistentes sociais, a saúde mental no DF já esteve em condições bem melhores do que o quadro em que se encontra atualmente, portanto, acreditam que hoje o setor estaria vivendo um retrocesso. Mesmo assim, percebem que o fato de se ter uma Lei que trata especificamente da tutela das PATM e, ainda, uma lei federal que tem um peso muito maior, isso oferece um respaldo muito maior para que as PATM tenham os seus direitos assegurados e para que novos modelos sejam implantados nas instituições.

No entanto, não percebem que tenha havido mudanças significativas no âmbito das instituições psiquiátricas a partir de 2001, referindo-se não somente às instituições onde desenvolvem seus trabalhos, mas também às demais, já que ambas conhecem todas as instituições que prestam serviços em saúde mental no DF.

As clínicas não são boas não, elas são regulares, porque eu acho que a aprovação da Lei não criou nenhum órgão, nem fortaleceu o órgão que seria a COSAM, esse órgão não foi fortalecido no sentido de fiscalizar esses serviços. Esses serviços funcionam mais ou menos, eles têm uma fachada e uma prática que muitas vezes é diferente da fachada, da proposta. Até onde eu sei as propostas não são coerentes com a prática na sua integridade sabe, é parcialmente. Eu acho que não existe nenhuma instituição ideal aqui no DF (trecho de entrevista – AS2).

Por fim, sobre a reforma psiquiátrica, mais uma vez percebemos que ela ainda não aconteceu, pelo menos do ponto de vista dos profissionais e do que foi possível observarmos em nossa pesquisa. Para as assistentes sociais, a falta de vontade política e o enfraquecimento do movimento da luta antimanicomial a partir de 2001, são os dois principais elementos que barraram o processo de reforma local. A Lei não trouxe transformações na assistência, ainda que seja, em potencial, uma forte aliada na construção da cidadania e na implementação das novas políticas de saúde mental.

Eu acho que em Brasília a Lei só vai criar um impacto se a sociedade civil se pronunciar. Eu acho que aqui é realmente uma questão de política, não tem vontade política de se fazer reforma, a coisa ainda é muito concentrada no poder médico, entendeu. Eu também vejo as outras categorias e a sociedade civil muito recuada (trecho de entrevista – AS1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“[...] não existe nenhuma estrutura social que não se baseie mais ou menos em preconceitos, através dos quais certos tipos de homens são permitidos e outros excluídos. Quanto mais livre de preconceitos é um homem, menos apto será para a coisa social pura. [...] O perigo do preconceito reside no fato de originalmente estar sempre ancorado no passado, quer dizer, muito bem ancorado e, por causa disso, não apenas se antecipa ao juízo e o evita, mas também torna impossível uma experiência verdadeira do presente com o juízo”.

Hannah Arendt

Até recentemente a assistência destinada aos doentes mentais, antes denominados loucos, se caracterizava, principalmente, pela necessidade de internação e exclusão destes indivíduos do convívio em sociedade. Acreditamos que tal determinação se construiu a partir do desenvolvimento de um saber psiquiátrico ligado à moralidade e foi influenciada, ainda, pelas representações sociais da loucura que integraram o imaginário social no qual esta foi associada à desrazão, à incapacidade e à periculosidade.

Para tanto, tem-se o que descrevemos como a institucionalização da loucura na qual as representações da loucura passaram a estar relacionadas com a constituição de um saber médico que lhe dá ressignificação de doença mental. Este processo se relaciona com a criação da instituição hospitalar e da clínica, em que, gradativamente, a medicina legitima o seu domínio sobre as doenças. Porém, como já nos referimos, a medicalização dos hospitais não inclui as instituições asilares, que ainda mantiveram o modelo assistencial, de recolhimento e segregação, até o século XVIII. Tal situação perdurou até o que se chamou de medicalização da loucura (CASTEL, 1991), quando esta recebeu a conotação de alienação mental, por Pinel, o que vai criar novas possibilidades terapêuticas baseadas no internamento, na disciplina, no controle e na vigilância constante no âmbito das instituições.

A forma como Foucault descreve a história da loucura e como Erving Goffman demonstra a questão do estigma e das instituições, deixa bem claro qual foi o papel da pessoa acometida por transtornos mentais nas sociedades ocidentais. A exclusão e a reclusão são fatores que explicam

sistematicamente de que forma se deu a institucionalização da loucura, e o processo de estigmatização pelo qual passou, que se reproduziu em toda a história até a atualidade.

Com isso, surgem várias manifestações sociais com vistas à desinstitucionalização, como a corrente da antipsiquiatria, no final da década de 1950. Com uma proposta de democratização das relações institucionais, a antipsiquiatria pretendia dar voz aos doentes mentais para que pudessem denunciar os problemas estruturais da família e da sociedade. Outras correntes de crítica à psiquiatria tradicional surgiram neste contexto, entre as quais destacamos a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, na Itália, que propunha a integração dos doentes mentais à sociedade e a desarticulação do modelo manicomial.

A postura crítica da Psiquiatria Democrática italiana frente aos paradigmas da psiquiatria clássica e hospitalar foi difundida por vários países, vindo a influenciar intensamente os movimentos em saúde mental que viriam a surgir no Brasil. Os movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil também se fundam nos ideais democráticos, uma vez que estavam articulados com outros movimentos sociais com vistas à redemocratização nacional, como o movimento sanitário. Assim é que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na década de 1970, que mais tarde constitui o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, tendo como objetivo a desinstitucionalização da assistência em saúde mental, bem como a reconstrução das relações sociais em torno da loucura, dentro e fora da instituição.

Como buscamos demonstrar ao longo deste estudo, o objetivo de desinstitucionalizar idealizado pela luta antimanicomial traz, em sua essência, a idéia de desconstrução das relações de poder presentes nas instituições psiquiátricas, ressaltando a participação dos usuários como agentes deste processo. Por isso, acreditamos estar inserido em um contexto de produção social da existência das PATM como sujeitos de direito e de construção de cidadania e de exercício democrático.

A reforma psiquiátrica, baseada no paradigma da desinstitucionalização, pretende, dessa forma, transformar as relações e as práticas institucionais, técnicas e administrativas, superando as relações de poder sobre os usuários; implantar serviços substitutivos que criem novas possibilidades, não estigmatizantes, de inserção social das PATM, de modo que estas possam atuar como sujeitos de sua própria história, tendo, como objetivo final, a resignificação das representações sociais da loucura.

É importante ressaltar que a proposta de reforma psiquiátrica está inserida no âmbito dos princípios democráticos que fundamentaram a constituição de um modelo renovado para as políticas de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde. A CF/88 estabeleceu, no seu artigo 198, como diretrizes do SUS a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Seguindo este direcionamento, a Lei Orgânica da Saúde (LOAS, Lei nº 8.080/90) explicitou, além das diretrizes constitucionais, os princípios da universalidade do acesso, da integralidade da assistência, da preservação da autonomia das pessoas, da igualdade, do direito à informação, entre outros mencionados em seu artigo 7º.

Partindo de tais ideais, houve um redirecionamento das políticas de saúde mental no Brasil, que agora se fundamentam nos princípios de desospitalização e novas formas de assistência às PATM. A atuação da luta antimanicomial deve ser ressaltada neste contexto, como importante elemento de pressão ao Estado para o desenvolvimento de novas políticas e como agentes concretizadores, para que as mesmas políticas sejam implantadas nos estados e municípios. Como reflexo de tal atuação, citamos a aprovação de várias legislações estaduais e da Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

O histórico da referida legislação demonstrou a complexidade do processo em que de um lado estava o movimento social, composto por familiares, usuários e profissionais, e do outro donos de clínicas e hospitais psiquiátricos, laboratórios e organizações médicas em defesa de interesses contrários. O longo enfrentamento travado entre os dois lados refletiu os doze anos de tramitação da Lei e as inúmeras alterações do projeto inicial para que aquela fosse aprovada. O texto atual da Lei está muito distante do projeto proposto inicialmente, contudo, podemos afirmar com segurança que se trata de uma lei que defende os direitos e a cidadania dos usuários.

No entanto, faz-se necessário destacarmos um outro aspecto no que se refere à defesa da cidadania das PATM pela legislação e pelas políticas reconhecidas como pertencentes ao ideário de reforma psiquiátrica. Não houve, quando da formulação destas políticas, um debate que considerasse as implicações multiculturais e as singularidades dos indivíduos que estão incluídos na categoria de “portador de transtorno mental”, tal qual é definida na Lei nº 10.216. Como já explicitamos no capítulo sobre o campo conceitual da doença mental, no âmbito do que é diagnosticado como transtorno mental, estão incluídas diferentes doenças, como a depressão, o alcoolismo, a esquizofrenia, entre outras, cada uma com suas particularidades. Ainda que se trate de uma legislação que busque promover o acesso e a humanização da assistência psiquiátrica,

sinalizando em favor da cidadania, não foram consideradas outras diferenças que estão presentes neste grupo, como as de gênero, por exemplo. Ao não considerar os aspectos mencionados, parte de uma perspectiva homogeneizante que está em oposição ao alcance de uma cidadania plena.

A Lei nº 10.216 não propôs a extinção progressiva dos manicômios, como estava previsto em seu Projeto original, mas “a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. O reconhecimento da internação como modelo de tratamento das PATM esteve muito mais presente no texto da Lei, do que o aprofundamento e o esclarecimento sobre a criação das redes de serviços substitutivos. É uma legislação, entretanto, que preza pela humanização da assistência psiquiátrica, que defende direitos, mas que “mantém abertas as fontes geradoras da institucionalização”, como observa Eva Faleiros em tese apresentada no V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial.

Para pensar a cidadania das PATM é preciso, contudo, considerar uma ampliação do referido conceito, para que efetivamente estas possam ser incluídas. Uma nova compreensão de cidadania que perpassa os ideais de participação, autonomia, liberdade, pertencimento e de valorização e produção das subjetividades e das diferenças. Neste sentido, percebemos que a maior parte dos profissionais entrevistados conseguem perceber estas dimensões de cidadania para as PATM, no entanto, há, ainda, enormes percursos para que se alcancem tais dimensões em totalidade, sobretudo no que concerne à participação dos usuários.

A cidadania das PATM vem sendo buscada por diferentes caminhos no DF, como pudemos observar nas atividades desenvolvidas pela INVERSO. Mas a luta antimanicomial no DF é menos composta por usuários, do que por profissionais, de modo que em determinadas situações, os primeiros tendem a ver com resistência sua participação como agente político no movimento. Ao que parece, tal sentimento justifica-se pelo receio de que ao deixarem de submeter à instituição psiquiátrica, passem a se submeter a um movimento político que não pode lhes conferir a mesma “segurança” obtida nas instituições.

Da mesma forma com relação à reforma psiquiátrica. Conhecemos vários usuários que participam efetivamente da luta antimanicomial, que compreendem a reforma como uma ação política e social necessária. Mas para outros, reforma significa apenas acabar com as instituições e com as internações, o que faz com que se sintam amedrontados diante da possibilidade de não mais dependerem da instituição. Com isso, não há participação, autonomia, liberdade e pertencimento à sociedade, porque ainda se sentem partes da instituição e não da sociedade.

Acreditamos, assim, que, com algumas exceções, não se tem um processo de construção de cidadania, mas de oferecimento de cidadania. Os profissionais, o movimento da luta antimanicomial, o MPDFT oferecem cidadania, mas não há um processo contínuo de conscientização de usuários e familiares sobre a importância da liberdade, do convívio em sociedade e do exercício de autonomia. Vale ressaltar, entretanto, que a INVERSO se destaca como exceção por adotar tal direcionamento, onde é uma preocupação constante a valorização das subjetividades, a participação dos usuários e dos familiares como atores no processo de reforma.

A reforma psiquiátrica no Distrito Federal, contexto que nos propomos a investigar no início deste trabalho, apresenta-se pouco desenvolvida se comparada aos quadros de outros estados, como São Paulo. Ainda que desde 1987 tenha implantado uma instituição aberta, o ISM, contrariando as expectativas que recaem sobre a capital federal, não houve grandes avanços no concernente à atenção em saúde mental local. Como observado pelos profissionais, a reforma em Brasília ainda está no momento de denúncias e de fechamento das instituições manicomiais, mesmo já existindo uma legislação distrital que orientasse o redirecionamento da assistência desde 1995.

Pelo que foi possível constatar em nosso trabalho, a aprovação da Lei nº 10.216 não causou impacto significativo no quadro da saúde mental local, ao contrário, os últimos anos representam sim um retrocesso, conforme inferimos das narrativas dos profissionais. Exceto pelo fechamento da Clínica Planalto no ano de 2003, quase nada foi feito, desde então, para a implantação de serviços substitutivos, para a capacitação e qualificação dos profissionais das instituições. Ademais, apesar do referido fechamento, ainda hoje a situação dos pacientes egressos da Clínica constitui-se como um dos mais graves problemas da saúde mental no DF, já que nenhum serviço foi criado para atendê-los, apenas foram recolocados no ISM.

Como uma das ações positivas que podemos frisar neste contexto, citamos o *Programa Vida em Casa*, idealizado por uma profissional do serviço social do HSVP quando do fechamento da Clínica Planalto. Diante das dificuldades em se encaminhar os pacientes da Clínica para as outras instituições, aqueles que retornaram ao convívio familiar passaram a integrar o Programa, que é composto por uma equipe multidisciplinar que realiza visitas periódicas aos pacientes e suas famílias, desenvolve um trabalho de terapia familiar, leva medicação, de modo que os mesmos não precisam se dirigir à instituição.

Hoje fazem parte do Programa cerca de 200 pacientes crônicos e quase todos recebem auxílio do programa federal *De Volta Para Casa*, em virtude da atuação da equipe do Programa que busca tais auxílios diretamente com o Ministério da Saúde. Apesar do reconhecido sucesso do Programa, este não era oficializado pela SES/DF, o que só aconteceu recentemente. Ainda assim, até fevereiro de 2006 o Programa estava em vias de parar de funcionar em função da saída do psiquiatra da equipe e de não haver um apoio nem da direção do HSVP e nem da COSAM para que outra pessoa fosse recolocada.

A situação do *Programa Vida em Casa* explicita um dos maiores problemas percebidos pelos profissionais para o avanço da reforma no DF: a falta de vontade política. Segundo o que observamos, a reforma psiquiátrica passou a ser percebida como uma causa político-partidária de modo em que o atual governo se mostrou pouco interessado em dar continuidade ao processo de implantação das políticas de saúde mental que já vinham sendo desenvolvidas desde a década de 1990. Entre os próprios profissionais das instituições existem resistências em adotar as novas práticas, entre outras razões, por não se identificarem com o partido que acreditam estar “por trás da reforma”.

A falta de vontade política foi um dos principais obstáculos, visualizados pelos profissionais, para a reforma psiquiátrica no DF, demonstrando uma percepção de que tais ações devem partir de “cima para baixo”, isto é, do governo, das secretarias e das coordenações para as instituições e para os profissionais. O modo como a Lei é percebida, como instrumento que determina novas práticas demonstra esta percepção de que para haver mudança é preciso que se tenha, prioritariamente, ações governamentais. A própria participação dos profissionais, como agentes concretizadores da reforma, não foi vislumbrada significativamente como elemento fundamental para sua implementação, exceto nas falas daqueles que efetivamente participam do movimento social.

Percebemos, no entanto, que há uma articulação entre as instituições que integram o cenário de reforma no sentido de fazer com que esta se concretize. Destacamos a atuação do MPDFT, mais especificamente da PROSUS, que tem participado frequentemente de ações preventivas e de gestão das políticas, deixando de atuar somente nos momentos de crise. Mas tal articulação se quebra quando pensamos nas instituições psiquiátricas, onde não há uma representação significativa no diálogo com o MPDFT e os movimentos sociais, a não ser quando se tratam de relações pontuais.

Acreditamos que importantes passos foram dados no sentido de trazer à tona uma nova condição para as PATM, de reconhecimento, ainda que formal, de suas cidadanias e de seus direitos. O papel do movimento social neste contexto deve estar sempre em destaque, como protagonista deste processo. Também devemos frisar o olhar das diversas áreas científicas sobre esta temática e importantes trabalhos de pesquisa que vêm sendo desenvolvidos com o intuito de contribuir para esta reflexão.

Sendo assim, acreditamos que a Lei nº 10.216 se mostra como um importante instrumento no sentido de orientar as práticas e de determinar que as transformações aconteçam. Mas a falta de mobilização social de familiares e usuários, e o enfraquecimento da luta antimanicomial no DF aliada à falta de vontade política, apresentam-se como impasses que precisam ser superados para que a reforma psiquiátrica efetivamente aconteça no DF. Ademais, faz-se necessário considerar uma questão crucial quando se fala em mudança de paradigma, de representações acerca de um fenômeno social, que é a dimensão cultural que ainda é predominantemente manicomial. A cultura manicomial ainda está presente entre os profissionais, nas instituições, nos órgãos formuladores de políticas, entre os gestores, nas famílias e entre os próprios usuários, que ainda não têm uma consciência plena de como viver fora das instituições. Isto porque a sociedade permanece imersa em uma cultura manicomializante, onde os padrões são valorizados, assim como a igualdade, mas onde as diferenças são vistas com receio e extrema desconfiança. Por fim, faltam ações que tenham um alcance cultural, que possam efetivamente intervir no imaginário social e criar novas possibilidades de existência para a doença mental na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F. G; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente.** 2 ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

ALVARENGA, A. J. de. O papel do Ministério Público na nova Constituição. In: TEIXEIRA, S. de F. (Org.). **As garantias do cidadão na Justiça.** São Paulo: Saraiva, 1993, p. 279-283.

AMARANTE, P. D. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____ (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____ (coord.) **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância.** Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003, v. 3.

ASSIS, M. **O Alienista.** 20 ed. São Paulo: Ática, 1991.

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública.** Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 287-299.

BASAGLIA, F. (org.) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BAZZO, E. F. **Dymphne: a santa protetora dos loucos.** Brasília: Clepto Publicadora, 2000.

BEZERRA JR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA Jr., B & AMARANTE, P. D.(orgs.). **Psiquiatria sem hospício.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 113-126.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto-2: os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CINTRA JÚNIOR, D. A. D. Direito e saúde mental. **Revista de Direito Sanitário** – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário – Núcleo de Pesquisa de Direito Sanitário da USP, São Paulo, vol. 2, n. 3. nov. 2001.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

COSTA, A. C. de F. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 135-178.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (org.). **Anos 90 – Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 103-115.

DALLARI, D. de A. Ética sanitária. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 62-81.

DEMAN, P. Cidadania para os excluídos. In: PINSKY, J. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto: 2003.

DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DESCARTES, R. **Meditações**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **As Regras do Método Sociológico**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ESCOREL, S. et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In.: LIMA, N.T. (org.) **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 59-82.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1990

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1993.

_____. **Doença mental e psicologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.** 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana.** 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

HIRANO, S. Sociologia e doença mental. In: D'INCAO, M.A. (org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

JODELET, D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. **Loucuras e representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 2005.

LAING, R. D. **A política da família e outros ensaios.** São Paulo: Martins Fontes, 1971.

_____. **Psiquiatria em questão.** 2 ed. Lisboa: Presença, 1979.

LAROUSSE CULTURAL, GRANDE ENCICLOPÉDIA. São Paulo: Nova Cultural: 1998, Vol. 3.

LIMA, N. T. et al. A saúde na construção nacional do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: _____ (org). **Saúde e democracia : história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, M. **Medicina e ordem política brasileira: política e instituições de saúde (1850-1830).** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. D. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 17, nº 48, fevereiro de 2002, p. 157-230.

MACHADO, R. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARCHEWKA, T. N. M. **Garantia à cidadania do doente mental: a suspensão condicional do processo.** 2000. Tese (Doutorado em Direito) – Departamento de Ciências Jurídicas, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

_____. **A reforma psiquiátrica como justiça social:** a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental. 2003. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classes sociais e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: 2002.

MILES, A. **O doente mental na sociedade contemporânea: introdução sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MINAYO, M.C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5 ed. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MOSCOVIC, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MURARO, R. M. **O martelo das feiticeiras, *Malleus Maleficarum*: breve introdução histórica.** Disponível em < <http://www.dhnet.org.br/memoria/feiticeira/introducao.html>>, acessado em 08 de outubro de 2005.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento.** Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PARSONS, T. **El sistema social.** Madrid: Revista de Occidente, 1966.

RICHARDSON, R. J. et al.. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte, MG: Te Corá. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: Rio de Janeiro, 1999.

SCHERER-WAREN, I. **Cidadania sem fronteiras.** São Paulo: Hucitec, 1999.

SERRANO, A I. **O que é psiquiatria alternativa.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

SZASZ, T. **Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **O mito da doença mental.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

TOURAINÉ, A. TOURAINÉ, A. Movimentos sociais e ideologias nas sociedades dependentes. In: ALBUQUERQUE, J. A. G. (org.). **Classes médias e política o Brasil**. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 1977.

_____. **Poderemos viver juntos?: iguais e diferentes**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. 3 ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1994, v. 1 e 2.

_____. **Metodologia das ciências sociais, parte 1**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

Documentos, relatórios e legislação consultada

BRASIL. **Código civil**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Yusseh Said Cahali. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 24.559**, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a assistência proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito sanitário e saúde pública**. Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (Oms/Who), de 1946. Disponível em <http://www.dhnet.org.br> Acesso em 07 de novembro de 2003.

Diário do Congresso Nacional do dia 13 de setembro de 1989, disponível em <<http://www2.camara.gov.br/biblarq/arquivo/index.html>>, acessado em 10 de dezembro de 2005.

Diário do Congresso Nacional do dia 29 de setembro de 1989, <<http://www2.camara.gov.br/biblarq/arquivo/index.html>>, acessado em 10 de dezembro de 2005.

Diário do Congresso Nacional, do dia 22 de maio de 1990, <<http://www2.camara.gov.br/biblarq/arquivo/index.html>>, acessado em 10 de dezembro de 2005.

Diário do Congresso Nacional de 20 de abril de 1990, <<http://www2.camara.gov.br/biblarq/arquivo/index.html>>, acessado em 10 de dezembro de 2005.

Diário do Congresso Nacional, de 15 de dezembro de 1990, <<http://www2.camara.gov.br/biblarq/arquivo/index.html>>, acessado em 10 de dezembro de 2005.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 975**, de 12 de dezembro de 1995. Fixa as diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

Documento da Onu sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, de 17 de dezembro de 2001. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/index.html>> Acesso em 07 de novembro de 2003.

Manifesto de Bauru. Documento aprovado na Plenária de Encerramento do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizada entre os dias 03 e 06 de dezembro de 1987, em Bauru, SP.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**, 2001.

_____. **Classificação internacional de doenças (CID)**. Disponível em <http://www.cedoc-opas.bvs.br/php/level.php?lang=pt&component=17&item=32>, acesso em 10 de dezembro de 2005.

RELATÓRIO FINAL. **I ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL**, Salvador, BA: 1993.

RELATÓRIO FINAL. **II ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL**, Belo Horizonte, MG: 1995.

RELATÓRIO FINAL. **V ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL**, Miguel Pereira, RJ: 2001.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

ANEXOS

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José SerraRoberto Brant

QUADRO COMPARATIVO

Projeto Original	Lei Aprovada em 2001
<p><i>Ementa.</i> Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.</p>	<p><i>Ementa.</i> Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p>
<p><i>Art. 1º.</i> Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos.</p> <p>§1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.</p> <p>§2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, devera ser objeto da Lei estadual.</p>	<p><i>Art. 1º.</i> Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.</p>
<p><i>Art. 2º.</i> As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.</p> <p>§1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.</p> <p>§2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal.</p> <p>§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os familiares de usuários, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.</p>	<p><i>Art. 2º.</i> Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.</p> <p><i>Parágrafo único.</i> São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:</p> <p><i>I</i> - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;</p> <p><i>II</i> - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;</p> <p><i>III</i> - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;</p> <p><i>IV</i> - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p><i>V</i> - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p> <p><i>VI</i> - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;</p> <p><i>VII</i> - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</p> <p><i>VIII</i> - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p>

	<p><i>IX</i> - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p>
<p><i>Art. 3º.</i> A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, e à autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.</p> <p><i>§1º</i> Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.</p> <p><i>§2º</i> Compete ao defensor público (outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.</p> <p><i>§3º</i> A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.</p>	<p><i>Art. 3º.</i> É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p>
<p><i>Art. 4º.</i> Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.</p>	<p><i>Art. 4º.</i> A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p><i>§ 1º</i> O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p> <p><i>§ 2º</i> O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p> <p><i>§ 3º</i> É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.</p>
<p><i>Art. 5º.</i> Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto Lei nº 24.559, de 03-07-1934.</p>	<p><i>Art. 6º</i> A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.</p> <p><i>Parágrafo único.</i> São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:</p>

	<p><i>I</i> - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p> <p><i>II</i> - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e</p> <p><i>III</i> - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p>
<p>Para os demais artigos não há correspondentes.</p>	<p>Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.</p> <p><i>Parágrafo único.</i> O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.</p> <p>Art. 8º. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.</p> <p>§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.</p> <p>§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.</p> <p>Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p> <p>Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.</p>

	<p><i>Art. 11.</i> Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.</p>
	<p>Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.</p>
	<p>Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.</p>

DECRETO Nº 24.559 - DE 3 DE JULHO DE 1934**"Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas".**

Art. 1º. A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2º. Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juizes de órfãos, o juiz de menores, o Chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por este escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1º. O Presidente nato do Conselho é o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2º. Ao Conselho incumbirá:

I - Estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido;

II - Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente as instituições de luta contra os grandes males sociais.

Art. 3º. A proteção legal e a prevenção a que se refere o art. 1º deste Decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina legal.

§ 1º. Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência heterofamiliar do Estado ou em domicílio, da própria família ou de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2º. Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.

§ 3º. Não é permitido manter doente com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral, a não ser nas seções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

§ 4º. Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º. Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º. São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste Decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo Único. Esses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, deverão:

- a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispor de pessoal idôneo, moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;
- b) estarem convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação de sexos, conveniente distribuição de acordo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre;
- c) dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

Art. 5º. É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

Art. 6º. Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico, deverá requerer ao Ministro da Educação e Saúde Pública, a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

- a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º;
- b) declaração do número de doentes que poderá comportar;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou misto, e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

§ 1º. Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da Comissão Inspetora, recolherá o requerente, aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Governo, de acordo com a alínea "b" deste artigo.

§ 2º. Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao Ministro, devidamente informado pela Comissão Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

§ 3º. Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular, deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspetora o respectivo exame, quando entender conveniente.

Art. 7º. Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quanto ao regime, em abertos, fechados e mistos.

§ 1º. O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento misto, destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais referidos no § 5º do artigo 3º que necessitarem e requererem hospitalização;

b) os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais, que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º. O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá:

a) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devem permanecer em serviços abertos;

b) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar com a nota de detido ou à disposição de autoridade judiciária.

§ 3º. Nos casos de simples suspeitas de afecção mental serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

Art. 8º. A fim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranqüilos e capazes de viver no regime da família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência heterofamiliar.

Art. 9º. Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11. A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º. Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento misto, o paciente apresentará por escrito o pedido ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º. Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova de maioridade do requerente e de ter se avistado com o internado há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º. A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

§ 4º. Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

Art. 12. Serão documentos exigidos para toda internação, salvo nos casos previstos neste Decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, ou certificado de idoneidade do internando.

§ 1º. O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da Assistência a

Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do resp, e não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4º. Esses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5º. O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, idade, cor, profissão, estado civil, residência, e outros esclarecimentos que também possam servir para a respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão do enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se, se o requerente apresentar:

I - cópia legalizada dos documentos da primeira admissão;

II - atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

Parágrafo Único. Na falta desta documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para a primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tornar necessário em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestado médico, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Parágrafo Único. O certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Art. 15. Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspectora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, cor, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação e nome e residência das pessoas por ele responsáveis.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Art. 17. A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico de sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a fechada no mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações

fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para ordem pública.

Parágrafo Único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou misto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detidos pelas autoridades policiais ou militares, e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sobre a retirada do paciente.

Art. 21. Salvo o caso do iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outrem, não será recusada a retirada do internando em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) pela pessoa que pediu a internação;
- b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau, inclusive, na falta daqueles;
- c) por curador ou tutor.

§ 1º. O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2º. Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão Inspetora para decidir.

§ 3º. Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4º. Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Art. 22. O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopata, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se for requerida.

§ 1º. O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

I - promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II - promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábito;

III - averiguar o estado de cura definitiva, colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;

IV - precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2º. Quer a licença requerida, quer a de experiência, dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3º. Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

Art. 23. Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular, poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias de sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

Art. 24. O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou misto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas do mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25. O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1º. Para segurança dessas finalidades, o Governo providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuromental do requerente.

§ 2º. Os portadores de qualquer doença mental, ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados mediante acordo com os Governos dos respectivos países de origem.

DA PROTEÇÃO À PESSOA E BENS DOS PSICOPATAS

Art. 26. Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

Parágrafo Único. Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente Decreto.

Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§ 1º. O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até 90 dias de internação, nenhum ato, administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com prévia autorização judicial, quando for necessária.

§ 2º. Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens, rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da interdição imediata com a conseqüente curatela.

§ 3º. Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447, ns. I e II do Código Civil.

§ 4º. As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de Justiça.

Art. 28. Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável, tendo sempre em vista a natureza, a extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1º. O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas trimestralmente, sob pena de destituição, ex officio, à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sobre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

§ 2º. A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3º. No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§ 4º. Da decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

Art. 29. Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos e que não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela seção de Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental.

Art. 30. Será permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar a quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31. A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-la seguir o seu destino, sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

Art. 32. Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos do presente Decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem-estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída no Distrito Federal, uma Comissão Inspetora, composta de um juiz de direito que será o seu presidente, de um dos curadores de órgãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.

§ 1º. Junto à Comissão Inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2º. Nos Estados a Comissão Inspetora é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade nomeado pelo Governo do Estado.

§ 3º. Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste Decreto serão punidas com multa de Cr\$ 200,00 a Cr\$ 2.000,00 imposta pela Comissão Inspetora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4º. No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspetora.

§ 5º. Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da União.

Art. 33. Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, esse fato à Comissão Inspetora, para

que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio, na conformidade das disposições do presente Decreto.

Art. 34. Revogam-se as disposições em contrário.

MANIFESTO DE BAURU

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparem as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II CONGRESSO NACIONAL, demos um passo adiante na história do Movimento marcando um novo momento na luta contra exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão, da violência institucionalizada que desprezita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é a expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, os homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da organização dos TSM, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

- ∴ CONTRA A MERCANTILIZAÇÃO DA DOENÇA
- ∴ CONTRA UMA REFORMA SANITÁRIA PRIVATIZANTE AUTORITÁRIA
- ∴ POR UMA REFORMA SANITÁRIA DEMOCRÁTICA E POPULAR
- ∴ PELA REFORMA AGRÁRIA URBANA
- ∴ PELA ORGANIZAÇÃO LIVRE E INDEPENDENTE DOS TRABALHADORES
- ∴ PELO DIREITO À SINDICALIZAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
- ∴ PELO DIA NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL EM 1988.

Documento aprovado na Plenária de Encerramento do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

Bauru, 03 a 06 de dezembro de 1987.

ROTEIRO DE ENTREVISTA MPDFT

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu estado civil?
3. Qual o seu nível de escolaridade?
4. Qual a sua profissão?
5. Há quanto tempo ocupa o cargo atual? Já esteve em outras promotorias? Quais?
6. O(a) senhor(a) já ocupou outro cargo público?
7. Que motivações levaram o(a) senhor(a) a ingressar na carreira do MPDFT?
8. O(a) senhor(a) escolheu a promotoria a qual trabalha atualmente?
9. Na sua opinião, qual o papel do MPDFT na sociedade?
10. O que o(a) senhor(a) entende por cidadania?
11. Participa ou participou de algum movimento social?
12. O(a) senhor(a) pensa que há relação entre movimento social e cidadania?
13. O(a) senhor(a) conhece algum movimento que trabalhe em defesa das pessoas com transtornos mentais?
14. O(a) senhor(a) conhece o Movimento da Luta Antimanicomial? Caso conheça, como percebe este Movimento?
15. O(a) senhor(a) tem conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
16. O(a) senhor(a) conhece a Lei n. 10.216 de 2001?
17. O(a) senhor(a) sabe se o MPDFT tem alguma participação específica na aplicação da Lei n. 10.216?
18. O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre as políticas de saúde implementadas a partir da promulgação da Lei n. 10.216?
19. Qual o nível de envolvimento desta Promotoria com as questões relacionadas às pessoas portadoras de transtornos mentais?
20. A partir da promulgação da Lei n. 10.216, houve alguma mudança na atuação desta promotoria com relação às questões que envolvem as pessoas portadoras de transtornos mentais?
21. Na sua percepção, a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na forma de perceber as pessoas com transtornos mentais?

22. Como o(a) senhor(a) compreende a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
23. Na sua opinião, existe alguma relação entre a referida Lei e a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
24. O(a) senhor(a) conhece alguma instituição psiquiátrica?
25. O(a) senhor(a) pensa que houve alguma mudança no contexto destas instituições a partir da promulgação da Lei?
26. O(a) senhor(a) conhece alguma iniciativa governamental ou da sociedade civil que tenha como objetivo a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais?
27. Na sua opinião, o MPDFT pode atuar no sentido de proteger e/ou promover a cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais?
28. De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia o impacto da Lei 10.216 e das políticas implementadas a partir de sua vigência?

ROTEIRO DE ENTREVISTA INVERSO

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu estado civil?
3. Qual o seu nível de escolaridade?
4. Qual a sua profissão?
5. Onde você trabalha?
6. O(a) senhor(a) já teve outros empregos?
7. Há quanto tempo o(a) senhor(a) atua na INVERSO?
8. Poderia descrever suas atividades na INVERSO?
9. O(a) senhor(a) participa de algum (ou algum outro, caso não tenha citado na pergunta anterior) movimento social?
10. Que motivações levaram o(a) senhor(a) a ingressar na INVERSO?
11. O(a) senhor(a) participou, trabalhou ou atuou em alguma outra entidade ligada às questões de saúde mental?
12. O que o(a) senhor(a) entende por cidadania?
13. O(a) senhor(a) pensa que há relação entre movimento social e cidadania?
14. O(a) senhor(a) conhece algum movimento que trabalhe em defesa das pessoas com transtornos mentais?
15. O(a) senhor(a) conhece o Movimento da Luta Antimanicomial?
16. O(a) senhor(a) tem conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
17. O(a) senhor(a) conhece a Lei n. 10.216 de 2001?
18. O(a) senhor(a) sabe se o MPDFT tem alguma participação específica na aplicação da Lei n. 10.216?
19. Na sua opinião, qual o papel do MPDFT na sociedade?
20. O(a) senhor(a) conhece alguma promotoria do MPDFT que lide constantemente com questões relacionadas às pessoas portadoras de transtornos mentais?
21. O(a) senhor(a) percebe que a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na atuação do MPDFT com relação às questões que envolvem as pessoas portadoras de transtornos mentais?

22. O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre as políticas de saúde implementadas a partir da promulgação da Lei n. 10.216?
23. Na sua percepção, a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na forma de perceber as pessoas com transtornos mentais?
24. Na sua opinião, existe alguma relação entre a referida Lei e a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
25. Como o(a) senhor(a) compreende a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
26. O(a) senhor(a) conhece alguma instituição psiquiátrica?
27. O(a) senhor(a) pensa que houve alguma mudança no contexto destas instituições a partir da promulgação da Lei?
28. O(a) senhor(a) conhece alguma iniciativa governamental ou da sociedade civil que tenha como objetivo a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais?
29. Na sua opinião, como a sociedade civil pode atuar no sentido de proteger e/ou promover a cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais?
30. De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia o impacto da Lei 10.216 e das políticas implementadas a partir de sua vigência?

ROTEIRO DE ENTREVISTA INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu estado civil?
3. Qual o seu nível de escolaridade?
4. Qual a sua profissão?
5. Qual o seu cargo nesta instituição? Já teve outros cargos? Quais?
6. O(a) senhor(a) trabalha em outro lugar? Já trabalhou em outras instituições ligadas à saúde mental?
7. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está trabalhando nesta Instituição?
8. Que motivações levaram o(a) senhor(a) a escolher trabalhar na área de saúde mental?
9. O(a) senhor(a) poderia descrever as suas atividades nesta Instituição?
10. O que o(a) senhor entende por cidadania?
11. O(a) senhor(a) participa de algum movimento social?
12. O(a) senhor(a) pensa que há relação entre movimento social e cidadania? Explicar.
13. O(a) senhor(a) conhece algum movimento que trabalhe em defesa das pessoas com transtornos mentais?
14. O(a) senhor(a) conhece o Movimento da Luta Antimanicomial?
15. O(a) senhor(a) tem conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
16. O(a) senhor(a) conhece o Ministério Público?
17. O(a) senhor(a) conhece a Lei n. 10.216 de 2001?
18. O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre as políticas de saúde implementadas a partir da promulgação da Lei n. 10.216?
19. O(a) senhor conhece alguma promotoria do MPDFT que lide constantemente com questões relacionadas às pessoas portadoras de transtornos mentais?
20. O(a) senhor(a) percebe que a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na atuação do MPDFT com relação às questões que envolvem as pessoas portadoras de transtornos mentais?
21. Na sua opinião e fundamentando-se na sua experiência institucional, a aprovação da Lei nº 10.216 trouxe mudanças nas formas de tratamento ou nas formas de lidar com as pessoas acometidas por transtornos mentais nesta Instituição?

22. Na sua percepção, a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na forma de perceber as pessoas com transtornos mentais?
23. Na sua opinião, existe alguma relação entre a referida Lei e a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
24. Como o(a) senhor(a) compreende a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
25. O(a) senhor(a) conhece outras instituições psiquiátricas?
26. O(a) senhor(a) pensa que houve mudanças no contexto destas instituições a partir da promulgação da Lei?
27. O(a) senhor(a) conhece alguma iniciativa governamental ou da sociedade civil que tenha como objetivo a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos mentais?
28. Na sua opinião, como a sociedade civil pode atuar no sentido de proteger e/ou promover a cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais?
29. De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia o impacto da Lei 10.216 e das políticas implementadas a partir de sua vigência?

IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Assistentes Sociais:

- AS1
- AS2

Médicas Psiquiatras:

- MP1
- MP2

Promotores de Justiça do MPDFT:

- PR1
- PR2
- PR3
- PR4

Psicólogos(as):

- PS1
- PS2
- PS3
- PS4

Terapeuta Ocupacional:

- TO1

Técnicas de Enfermagem:

- TE1
- TE2



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
 DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA – SOL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa ou desistência você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES/DF) pelo telefone 3325 4955.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: *Narrativas de Cidadania no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Brasília*

Pesquisadora Responsável: *Marcela C. Martins Amaral* – Bacharel em Direito e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília. Telefones para contato (inclusive ligações a cobrar): 1234567.

- ◆ O objetivo dessa pesquisa é refletir sobre a cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais, a partir das percepções de profissionais envolvidos em instituições de atenção à saúde mental e do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, para identificarmos se houve alguma mudança desde a implementação da Lei nº. 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.
- ◆ Não há nenhum risco envolvido na pesquisa, bem como nenhuma despesa.
- ◆ A pesquisa poderá contribuir para o melhoramento das políticas de saúde voltadas para a atenção à saúde mental.
- ◆ O período da pesquisa é de aproximadamente três meses, pretendendo-se nesse tempo realizar apenas uma entrevista com cada profissional. É garantido o sigilo absoluto sobre os dados oriundos da pesquisa, sendo que os nomes dos(as) participantes não serão em momento algum citados (documentos oriundos da pesquisa). Aos(às) participantes, é reservado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, durante a execução da pesquisa, sem qualquer prejuízo, assim como recusar-se a responder às perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza.
- ◆ Ao final da pesquisa, todos sujeitos participantes poderão acessar os resultados, bem como solicitar esclarecimentos sobre eles.
- ◆ Marcela C. Martins Amaral (RG /CPF) _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Narrativas de Cidadania no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Brasília*, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Marcela C. Martins Amaral sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a inexistência de riscos e os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento durante a execução da pesquisa, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo.

Local e data _____ Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____