

Políticas Públicas em Saúde Mental:

abordagens e desafios

Carmem Lúcia Freitas de Castro

Cynthia Rúbia Braga Gontijo

Bruno Vasconcelos de Almeida

(Organizadores)



Universidade do Estado de Minas Gerais
Campus Belo Horizonte
Faculdade de Políticas Públicas "Tancredo Neves"
Eduemg - Barbacena 2013

Papel - Apergamiado 75g
Acabamento - Simples
Número de Páginas - 284
Não Comercializado
Tiragem - 1000 exemplares

Capa/Projeto gráfico/Diagramação:

Felipe Miquéias Vilaça

Revisão Português:

Vanda Rosignoli

Colaboradora:

Jaqueline de Souza Santos

Desenhos:

Antônio Carlos da Silva, Angelita Aparecida da Silva, Adriano Augusto de Souza, Ângela Aparecida Cruz, Emerson Carolino Pereira, Edmar Vasconcelos, Elida Raimunda Bitencourt, Fillippe Augusto Campos, Glicério Assunção dos Santos, Guilherme Rebuite Soutto, João Batista do Nascimento, João Paulo Barreto, Paulo Sérgio de Lima, Rosane Aparecida da Paixão, Roberto Gonçalves, Vanessa Cristina do Rosário e Wallace Fernando Rodrigues

Agradecimentos:

Faenol - Fundação de Atendimento
Especializado de Nova Lima

P769 Políticas públicas em saúde mental : abordagens e desafios/
Carmem Lúcia Freitas de Castro, Cynthia Rúbia Braga Gontijo,
Bruno Vasconcelos de Almeida (organizadores). – Belo Horizonte:
EdUEMG, 2013.

324 p.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-62578-74-8

1. Política pública. 2. Educação. I. Castro, Carmem Lúcia
Freitas de. II. Gontijo, Cynthia Rúbia Braga. III. Almeida, Bruno
Vasconcelos de. IV. Universidade do Estado de Minas Gerais V.
Título.

CDU: 35:614

Universidade do Estado de Minas Gerais

Reitor

Prof. Dijon Moraes Júnior

Vice-Reitora

Profa. Santuza Abras

Chefe de Gabinete

Prof. Eduardo Santa Cecília

Pró-Reitora de Ensino

Profa. Renata Nunes Vasconcelos

Pró-Reitora de Extensão

Profa. Vânia Aparecida Costa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profa. Terezinha Abreu Gontijo

Pró-Reitor de Planejamento e Gestão e Finanças

Prof. Giovânio Aguiar

Diretor Geral do Campus BH

Prof. Roberto Werneck Resende Alves

Faculdade de Políticas Públicas "Tancredo Neves"/CBH/UEMG

Diretora

Carmem Lúcia Freitas de Castro

Vice-Diretora

Cynthia Rubia Braga Gontijo

Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais

Coordenação: Daniele Alves Ribeiro

Sumário

APRESENTAÇÃO	07
PREFÁCIO	15
CAPITULO I HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL ATÉ O GOVERNO ATUAL Monica Eulália da Silva.....	18
CAPITULO II A FAMÍLIA E A REFORMA PSIQUIATRICA: unidade e oposição Paula Cambraia de Mendonça Vianna, Teresa Cristina da Silva Kurimoto, Annette Souza Silva Martins da Costa e Marília Rezende da Silveira	66
CAPITULO III SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS Bruno Vasconcelos de Almeida, Luiz Augusto Lima de Ávila	98
CAPITULO IV AMATURIDADE DUMA MULHER NO MUNDO CONTEMPORÂNEO Marisa Sanabria.....	158
CAPITULO V MULHERES USUÁRIAS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS: reflexões sobre a economia solidária e suas contribuições no campo da saúde mental Ana Paula Paes de Paula, Fernanda Tarabal Lopes.....	180
CAPITULO VI EM BUSCA DE UMA CLÍNICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO CAPSAD Ricardo Wagner Machado da Silveira.....	232
CAPITULO VII RELATO E ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA COM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS E ESPECIAIS: projeto histórias de todos nós - conhecer, valorizar e transformar Mônica Regina Jacinto Reis	27
8	
ORGANIZADORES E AUTORES	3

APRESENTAÇÃO

Este livro tem sua grande consistência pautada no trabalho exitoso, que a equipe do Núcleo de Extensão da Faculdade de Políticas Públicas “Tancredo Neves” - FaPP/CBH/UEMG desenvolveu a partir do ano de 2012, junto à Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS-BH) / Núcleo de Redes de Atenção à Saúde – NRAS - Secretaria de Estado de Saúde.

Na ocasião, a proposta foi a de possibilitar diálogos consistentes sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, com as referências técnicas de municípios da região metropolitana de Belo Horizonte.

As discussões surgidas nesses encontros de formação abriram vista para um panorama riquíssimo, instigando os registros de alguns aspectos relacionados à saúde mental.

A partir desse movimento foi possível efetivar esses diálogos extensionistas, que ganharam forma e expressão pelos desenhos que ilustram o livro, os quais foram criados por diversos sujeitos que compartilham os espaços de atendimentos, disponibilizados pela Fundação de Atendimento Especializado de Nova Lima (FAENOL). Esta parceria não só abrilhantou este trabalho, como também

reforça o compromisso que a FaPP/CBH/UEMG cunha aos programas e projetos de extensão que desenvolve.

Os capítulos que compõem essa obra transversam o tema “Saúde Mental”, mas cada um apresenta uma perspectiva que serve de base para fundamentações sobre a temática. Num percurso independente, os textos discursam sobre um universo que ainda é visto como uma incógnita para a maioria da população.

Os mistérios que rondam o imaginário coletivo sobre a saúde mental vêm solicitando, com urgência, que alguns aspectos sejam desmistificados. Para isso, nada melhor que as informações aqui tecidas. Informações estas que têm a capacidade de descortinar certos tabus, esclarecer dúvidas que intimidamos de povoar nossas rodas de conversas e, principalmente, colocar-nos como corresponsáveis pela trajetória das políticas implementadas em favor dessa parcela da sociedade.

Na condição de coordenadora do Núcleo de Extensão da FaPP/CBH/UEMG, sinto-me satisfeita em assistir a edição desta obra, a qual dispõe a aproximar os leitores desse universo ainda tão sinuoso e delicado.

A escolha pela organização dos capítulos considerou a abordagem de aspectos mais gerais para os mais específicos. Assim sendo, o livro inicia-se com o capítulo **Histórico da saúde mental no Brasil até o**

governo atual. Esse texto estabelece uma análise dos paradoxos existentes entre o reconhecimento dos direitos jurídicos e sociais do indivíduo diagnosticado como louco. Como a sociedade se comporta diante dessa situação em diferentes momentos da história? Como os status sociais, clínicos e judiciais se alteram ao longo do tempo?

Estes questionamentos e a constituição do cenário brasileiro são magistralmente delineados no texto. Ao mesmo tempo em que nos permite conhecer o percurso da “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, encanta-nos com a delicadeza com que os fatos são trabalhados. Instiga-nos a curiosidade em conhecer a história e entender como os movimentos sociais interferiram na Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil. E ainda nos deixa curiosos por entender que rumos tomarão as políticas públicas, diante de novas demandas trazidas pela modernidade, questionando que “novas roupagens” o sistema apresenta para enfrentar os desafios da contemporaneidade.

As autoras do capítulo **A família e a reforma psiquiátrica: unidade e oposição** fazem, inicialmente, um panorama histórico das políticas públicas que surgem atreladas aos movimentos sociais em prol das adequações dos modelos de atendimento aos “doentes mentais”. O cenário destacado pelo texto inclui a participação de usuários e seus familiares na organização de serviços

psiquiátricos, num protagonismo positivo em favor de suas demandas e interesses.

Dessa forma surge, por exigência dos movimentos, *um diálogo de saberes*; o que destaca atores sociais que antes estavam silenciados. Conhecer como o “fraco” se torna “forte”, tão capaz de deixar impresso sua marca no movimento de reforma manicomial é, no mínimo, interessante. Vale a pena, ler e conhecer.

Um dos princípios de nossa legislação é a igualdade entre os indivíduos, entendendo que todo sujeito precisa ter seus direitos garantidos. Tal pressuposto está descrito em diversos documentos oficiais, a exemplo de nossa própria constituição. Por isso, parece-nos ilógico conceber que um ser humano possa ter explicitamente seus direitos violados. Essa é a abordagem apresentada pelo capítulo **Saúde Mental e Direitos Humanos**. Por meio dele, os autores discorrem sobre as contradições de alguns pressupostos que regem as relações humanas, suas premissas, desafios e contradições.

No decorrer da exposição, o texto pauta-se em uma série de direitos e instrumentos oficiais sobre os quais respaldamos nossas condutas e ações. As legislações implantadas ao longo dos anos, com vistas a regulamentar as políticas públicas, o que não garantia, por extensão, a garantia do direito humano. O que, a

princípio, seria a garantia pode, muitas vezes, significar exatamente o contrário.

Caminhar pelas cordas bambas impostas pelos modelos sociais tem se configurado como um desafio dos mais perversos nesta contemporaneidade. Isso para o universo feminino é ainda mais doloroso, como nos aponta o capítulo **A Maturidade da Mulher no Mundo Contemporâneo**. Os tempos modernos, paradoxalmente, impõem avanços profissionais ao mesmo tempo em que mantêm padrões arcaicos sobre os papéis e representações sociais. Tal situação tem gerado, em muitas mulheres, uma tempestade de conflitos que podem ocasionar sentimentos conflitantes e instabilidade emocional.

Essa é a perspectiva sobre a qual a autora desse texto discorre. Ela nos lembra de como transcorremos as diferentes fases da vida e como a maturidade nos traz, como vantagem, a resiliência diante das intempéries. De forma clara e transparente, a autora descreve como a maturidade se apresenta, ora como uma fase de grande produtividade, ora como um peso extremo. Porém, ela também nos lembra do que depende de nós para que, no final, tudo dê certo.

Também, discorrendo sobre o gênero feminino e o mundo do trabalho, o capítulo **Mulheres usuárias**

de álcool e outras drogas: reflexões sobre a economia solidária e suas contribuições no campo da saúde mental discute e reflete sobre os contextos de atendimento às mulheres usuárias de álcool e outras drogas. Debruçar-se sobre as nuances que provocam movimentos tão drásticos no universo dessas mulheres, é algo desafiador.

Um foco escolhido para imersão das autoras foi como o trabalho e a economia solidária agregaram valor à vida dessas mulheres. Um aspecto que fica explícito no texto é como somos incapazes de prever toda a extensão que uma política pode alcançar. A exemplo da economia solidária, que conseguiu mais do que a inserção social pelo trabalho, alcançando também as mulheres em situação de extrema vulnerabilidade em função das drogas. O trafegar nesse universo possibilita a efervescência de aspetos até então desconhecidos.

O diálogo entre as teorias e as práticas experienciadas tem sido cada vez mais necessário no enfrentamento dos dilemas emergidos no cotidiano dos profissionais. O autor do capítulo **Em busca de uma clínica da redução de danos num Capsad** revela sua perspectiva sobre o tema, ao relatar como se “deu a trajetória de um projeto de pesquisa-intervenção”, do qual participou.

Há um delineamento das ações adotadas a depender da perspectiva com que o paciente é visto. Tal olhar determina os procedimentos, que, a depender do observador e do contexto, resultará em procedimentos diferentes. A variação dessa perspectiva afetará diretamente a escolha do procedimento a ser adotado por parte de quem o atende.

A leitura desse capítulo, com certeza, dará uma clareza das potencialidades que todo sujeito possui e de como as contribuições são significativas para o avanço de situações que aparentemente se apresentam difíceis.

Somos sujeitos múltiplos, constituídos pelas ricas experiências que agregamos em nossas múltiplas dimensões. Isso significa que devemos ser vistos para além do corpo que possuímos, ou seja, somos as emoções que sentimos, as ideias que elaboramos, as leituras que fazemos da vida que vivemos. Foi nesse viés que a autora do capítulo **Relato e análise de uma experiência pedagógica com alunos com necessidades educacionais especiais: projeto histórias de todos nós: conhecer, valorizar e transformar** descreveu sua experiência.

Atuando pedagogicamente junto a sujeitos que precisam ter seus direitos garantidos, a autora relaciona três dimensões muito importantes: política pública,

inclusão e educação. Carregada da emoção que uma experiência dessa natureza possibilita, o texto flui com a singeleza de quem atua com a convicção dos seus propósitos e princípios, seja humano, seja político, seja profissional.

Ciente de sua função mediadora nesse processo de inclusão, a autora insere-se nesse contexto como um agente que proporciona mudanças, favorecendo transformações significativas na vida dos atores envolvidos.

A leitura desses capítulos é simplesmente deliciosa!!

Depois de nos deixarmos *transversalisar* por essas diferentes perspectivas da Saúde Mental, certamente não seremos mais os mesmos. Estaremos acrescidos e desmistificados de um imaginário que nos metem “presos em camisas de força” inúteis e mentirosas. Podemos vislumbrar outras certezas e riquezas, depositando em nós outras tantas esperanças e capacidade de agregar forças aos que lutam por garantir políticas públicas de qualidade para os que dela dependem.

Boa leitura!!!

Darli de Souza Dias

Coordenadora do Núcleo de Extensão da FaPP/CBH/UEMG

PREFÁCIO

O livro **Políticas Públicas em Saúde Mental: abordagens e desafios** constitui-se no mais recente lançamento da nossa Faculdade de Políticas Públicas Tancredo Neves, da Universidade do Estado de Minas Gerais. É oportuno ressaltar a importância da sua concepção pelos motivos que se seguem.

Em primeiro lugar, pela grande pertinência do tema e por tudo o que ele significa: que a saúde física tem seu complemento natural na saúde mental, na busca do equilíbrio entre corpo e mente, fato tão realçado pela máxima *mens sana in corpore sano*, a famosa citação latina derivada da Sátira X do poeta romano Juvenal, numa resposta do autor à questão sobre o que as pessoas deveriam desejar na vida. A correta afirmação de que a saúde física, associada à mental, representa o desejável modo de vida para todos nós humanos.

Saúde é conceito amplo, que não se esgota nos limites físicos do nosso corpo. Há que a estender à mente, de modo que cada ser humano possa usufruir da plenitude da vida, do processo de sua própria criação. Corpo e mente têm de ser, portanto, cúmplices e complementares.

Dos indivíduos que alcançam esse equilíbrio temos, como resposta, cidadãos mais lúcidos, mais éticos e

uma sociedade, como um todo, mais equilibrada. Isso explica e justifica a adoção de políticas públicas em saúde mental visando ao bem-estar social.

Os organizadores do livro, e esse é o segundo item a ser particularmente salientado, levaram em conta a complexidade do tema. Assim, ao idealizá-lo, situaram-no na perspectiva dos direitos humanos, contemplando temáticas relevantes e atuais, consideradas desafios na implementação das nossas políticas públicas, como histórico, racionalidade, trabalho, cultura, álcool e drogas, judicialização, medicalização e intersetorialidade.

Foi confiado a especialistas convidados discorrer sobre diversos subtemas presentes nesta publicação, de modo a garantir não somente a cobertura integral de uma proposta de trabalho no campo das políticas públicas, como também o cumprimento, com sucesso, da associação entre o desafio e a abordagem.

Assim, cumprimento vivamente seus organizadores e os articulistas. É com justificado orgulho que prefacio este livro.

Prof. Dr. Dijon Moraes Junior
Reitor da UEMG

Capítulo I

HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL ATÉ O GOVERNO ATUAL



Desenho: Vanessa Cristina do Rosário

CAPÍTULO I

HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL ATÉ O GOVERNO ATUAL

Mônica Eulália da Silva

O texto que se segue tem a finalidade de estabelecer um panorama relativo à construção das políticas públicas de saúde mental no Brasil desde os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais, no então governo Dilma Rousseff. Apoiar-se na orientação de que uma trajetória histórica não se faz a partir de um movimento linear e evolutivamente casuístico, mas, sim, comporta os avanços e retrocessos, as idas e vindas de um processo vivo, que caminha deparando-se com novos desafios e seus enfrentamentos.

Por uma questão meramente didática, que logicamente visa a uma melhor compreensão do tema, o texto e suas partes foram organizados de forma a destacar, em cada etapa, os aspectos estruturais que julgamos mais relevantes neste percurso.

Um eixo estruturante...

O campo público de atuação chamado de saúde mental tem conhecido no Brasil, a partir do final da década de 70 e início dos anos 80, um processo

de transformações político-sociais, que deram início a um novo reordenamento institucional cujas ações têm se sustentado a partir da ruptura com modelos segregadores de assistência e da construção de um estatuto de cidadania para o doente mental, sujeito este, usuário deste sistema. No Brasil, como em outras partes do mundo, tais ações têm buscado recriar novos lugares de convivência para a doença mental nos espaços das cidades e no imaginário social. Este movimento, intitulado de Reforma Psiquiátrica, vem imprimindo, em diversos países, características próprias, traços marcantes e contribuições importantes para as tentativas de construção de novos modelos assistenciais no campo público da saúde mental.

Produto da categorização da loucura como doença, tal como afirma Foucault (1978, 2003), a instituição psiquiátrica e sua ciência se estabeleceram historicamente apoiadas nas funções de tratar, cuidar, proteger e curar. No entanto, o olhar crítico de Foucault desvela uma nova perspectiva sobre a produção do saber científico que, por mais de 200 anos, submeteu o louco a uma relação de dominação, qualificando-o na condição passiva de objeto despossuído de razão.

A dimensão da tutela e do cuidado que sempre estiveram presentes, tanto na origem quanto no decorrer da história da assistência psiquiátrica, encontraram,

na experiência brasileira, um balizamento crítico e questionador, como podemos constatar com Delgado (1992) em seu livro *As Razões da Tutela*¹.

As políticas públicas de saúde mental no Brasil constituíram-se impulsionadas pelas atuações reformistas protagonizadas por usuários, familiares e trabalhadores, alertados sobre os perigos de um discurso que se afirma pelo intuito de proteger, sem cuidar, aquele que se faz, retirando do sujeito sua dimensão de cidadão. Tais ações foram se instalando a partir do interior das instituições, mas sempre orientadas para fora delas a fim de fazer dialogar toda a sociedade sobre a produção de novos lugares para os conceitos de doença mental e de doente mental.

O estatuto de cidadania para o doente mental, tão valiosamente defendido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, desafia o enquadramento jurídico e as convenções sociais, pois requer um novo arranjo conceitual para o tema. A relação que se pretende estabelecer entre a experiência da loucura e o conceito de cidadania sempre foi uma discussão aberta ao debate e a constantes contradições e questionamentos. No discurso do Direito, loucura e cidadania são conceitos que se

¹ Nesta obra, o leitor tem a oportunidade de refletir sobre diversas experiências, nas quais a instituição psiquiátrica é chamada a ocupar, em nome do ordenamento jurídico civil, um lugar que num só golpe pode ter o poder de ironicamente aniquiliar o sujeito em sua cidadania e em sua subjetividade.

opõem já que, no âmbito jurídico brasileiro, “o *cives* não pode ser alienado da razão” (DELGADO, 1992, p. 35). A ideia de uma cidadania plena se apoia numa perspectiva racional que atrela o sujeito-civil à imagem daquele que é responsável e consciente de seus atos, bem como capaz de gerir sua vida. Segundo o Código Penal Brasileiro, em seu artigo 26, “**É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.**” (BRASIL, 1940). Se a razão é condição para o exercício pleno da cidadania, ao louco resta-lhe a margem deste sistema, já que sua condição de desrazoado o empurra para este lugar.

A perspectiva psiquiátrica que localiza o louco como deficitário da razão toca o campo do Direito, contribuindo para a consolidação da noção de periculosidade e da incapacidade do louco de exercer os direitos civis. O estatuto da inimputabilidade² surge no texto de lei como uma espécie de compensação, que determina ao poder público o dever de cuidar, tratar e proteger o doente mental. “O instituto da inimputabilidade é das mais altas

2 Para uma análise mais aprofundada entre Loucura e Inimputabilidade no campo do Direito, ver o artigo de PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. **A doença mental no direito penal brasileiro**: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança.

expressões da generosidade da lei penal” (DELGADO, 1992, p. 44). Entretanto, impedido de responder por seus atos, em um só golpe, o Direito acaba por retirar do doente mental a possibilidade do exercício de sua cidadania.

Se por um lado a Reforma Psiquiátrica Brasileira quer inserir a loucura no âmbito das questões coletivas da cidadania, por outro, reconhece a radicalidade dessa experiência humana. Se a Reforma Psiquiátrica Brasileira reivindica a cidadania plena ao louco, ela o faz buscando reinventar o próprio conceito de cidadania. Não se trata de questionar se o louco é ou não um cidadão, mas, sim, qual estatuto de cidadão pode ser atribuído a este sujeito.

Neste cenário, as ações desinstitucionalizantes ganharam relevo, pois estão em consonância com uma maneira de tratar que privilegia preferencialmente, quando não exclusivamente, instituições abertas e modelos assistenciais comunitários. Trata-se de uma mudança de posicionamento que se desloca de uma vertente passiva, representada pela figura do paciente, para outra dinâmica protagonizada pela figura do sujeito-cidadão.

Agregando mais questionamentos a esta temática, está o debate acerca de duas posições extremamente antagônicas. De um lado, encontra-se um viés que pretende a extinção definitiva dos hospitais psiquiátricos por considerá-los ineficientes na função de

tratar e extremamente danosos à subjetividade. “[...] por mais grave que se apresente um caso, ele não há de beneficiar-se de uma hospitalização; é em nosso serviço³ e não em outro, supostamente mais complexo ou com mais recursos, que há de encontrar lugar.” (LOBOSQUE, 2003, p. 22-23). Do outro lado, encontram-se aqueles que concordam com a necessidade de modelos de assistência em saúde mental mais humanizados, mas que consideram a extinção do hospital psiquiátrico um radicalismo injustificável. Esta perspectiva privilegia o discurso médico e propõe que a reforma se dê no interior do hospital através da modernização deste e do acesso a novos medicamentos e tecnologias.

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem adotado uma posição mais próxima da primeira versão por considerá-la uma perspectiva que privilegia a dimensão da cidadania, da individualidade e que é capaz de trazer para o centro da questão um debate franco e aberto sobre os Direitos Humanos e as relações de poder que se estabelecem sorrateiramente nas relações institucionais. Não ignora, contudo, os benefícios farmacológicos e os avanços científicos, mas os engloba a uma visão ampliada que se constitui através de ações psicossociais, da articulação entre diversos campos de saber e da

³ A autora se refere aos serviços substitutivos ao modelo manicomial, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial em saúde mental). No decorrer do texto o leitor encontrará uma melhor definição dos mesmos.

construção de relações de cuidado não hierarquizadas de poder.

Sem dúvida, este modelo se insere no cerne de muitas polêmicas, principalmente nos tempos atuais em que a sociedade questiona o viés desinstitucionalizante desta política no que toca principalmente o uso abusivo de drogas, entre elas o crack. Ainda assim, a história da implantação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil nos convida a um amplo e complexo debate sobre a construção de um modelo assistencial de cuidados que conversa com a sociedade através de uma rede de serviços, ou equipamentos abertos, descentralizados e territorializados.

Reforma Psiquiátrica: algumas experiências...

O consenso com relação à ineficácia do modelo manicomial, associado a determinados contextos históricos, levou diversos países a empreenderem uma Reforma em seus modelos de assistência à saúde mental.

O fim da Segunda Grande Guerra ocorrido na Europa foi identificado por Desviat (1999), um dos principais autores que contribuem para a compreensão e análise do campo público da saúde mental, como sendo o momento em que surgiram as primeiras experiências de contestação ao então modelo de assistência no qual o manicômio havia se consolidado como elemento central. O

pós-guerra constituiu-se como um momento de profundas mudanças sociais e econômicas que se refletiram no fortalecimento de movimentos civis e na busca por uma sociedade mais justa e humanitária. Momento este em que, após os horrores do holocausto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) surgia como uma espécie de pacto pela vida e garantia dos direitos básicos à dignidade humana.

O tipo de sistema público de saúde empregado, bem como as diferenças culturais e socioeconômicas de cada país influenciaram diretamente as características dos diversos modelos de Reforma Psiquiátrica que se seguiram. Estas ações foram desde tentativas de reformar o manicômio, ideológica e estruturalmente, até as mais radicais, ou seja, aquelas que buscaram sua extinção.

Os estudos de Desviat (1999) apresentam uma análise sistemática dos principais movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos no mundo. Destacam-se três importantes conceitos que, para o autor, sempre estiveram presentes de maneira específica em todos os modelos. São eles: a organização do território de atuação, a continuidade do atendimento e a integralidade dos três níveis de atendimento em saúde, primário, secundário e

terciário⁴. Esses aspectos foram desenvolvidos, reforçados ou abandonados em cada país. Apresentamos, a seguir, algumas destas experiências.

No início da década de 40, surge, na França, a Psicoterapia Institucional. Em 1940, Tosquelles, um então exilado catalão, inicia no hospital de Sant-Alban um modelo que ampliava a ideia de doença para toda a instituição, pacientes e cuidadores. Tratava-se de uma leitura psicanalítica, que, posteriormente, e a partir de uma orientação lacaniana, privilegia a linguagem, o hospital passou a ser considerado um campo de redes de significantes, no qual a circulação da palavra poderia transformar um contexto repressor em possibilidades de cura. No campo das políticas públicas, entre os anos de 1945 e 1947, surgia a política de setor, definida por Desviat (1999) como uma tentativa de buscar novas formas de institucionalizar a doença mental através de transformações permanentes no interior do hospital e da criação de instituições intermediárias a ele presentes num mesmo território organizado através da descentralização em pequenas zonas e pela multiplicidade de serviços comunitários. A psicoterapia institucional foi considerada “a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio” (DESVIAT, 1999, p. 25).

4 Atendimento primário refere-se à atenção básica de saúde. Atendimento secundário refere-se ao atendimento especializado em saúde. Atendimento terciário: refere-se ao atendimento de urgência e emergência em saúde. Ver ABC do SUS (1990).

A experiência da Inglaterra encontrou em Bion e Maxwell Jones alguns de seus principais expoentes. Seu elemento mais representativo foi, sem dúvida, a criação das primeiras Comunidades Terapêuticas⁵. Nesta proposta, buscou-se a transformação do hospital num espaço humanizado onde todos, funcionários e pacientes pudessem participar coletivamente, decidindo sobre as questões internas a ele. Suas principais características foram a liberdade de comunicação, a análise constante da dinâmica institucional, a tendência em abolir as relações de autoridade verticalizadas e a ênfase em atividades sociais e festivas.

Tal iniciativa integrava-se ao Serviço Nacional de Saúde inglês, que dividia o país em regiões de aproximadamente 2 milhões de habitantes e estas subdividiam-se em áreas de saúde com cerca de 250 mil habitantes. Cada uma destas regiões era responsável pelo planejamento e financiamento das ações de saúde naquela área. Esta organização, que se dava através de uma política sanitária planejada, permitiu o desenvolvimento de um atendimento primário eficiente, especialmente na tarefa de controlar a demanda e permitir acesso a diversos dispositivos de atenção à saúde presentes nos territórios adscritos. A continuidade

⁵ Para maior compreensão do modelo das comunidades Terapêuticas, ver o texto “Crônicas do Hospital Santos Olhos”, presente no livro de BARRETO, Francisco Paes. Reforma Psiquiátrica e movimento lacanianiano.

do tratamento na atenção primária se dava através da figura do médico generalista, considerado a base deste sistema. Já os médicos especialistas poderiam, inclusive, comparecer nas residências, desde que solicitados. As demandas ambulatoriais e hospitalares eram cobertas por esta mesma equipe.

Na verdade, para Desviat (1999), apesar da enorme contribuição na tentativa de avançar nos modelos de uma melhor assistência à saúde mental, a experiência inglesa da Comunidade Terapêutica e a francesa da Psicoterapia Institucional se resumiram em uma tentativa restrita de reformar o interior do espaço hospitalar, mas não propôs alterar em nada a forma com que a sociedade compreendia o adoecimento mental.

A Psiquiatria Comunitária norte-americana, tal como ficou conhecida, se apoiou sob dois conceitos, a assistência comunitária e a prevenção. Os estudos de Desviat (1999) apontam que, em 1963, no governo Kennedy, foi apresentado à Câmara dos Deputados um projeto cujo nome era *Community Mental Health Centers Act* que propunha a criação de serviços para a prevenção ou o diagnóstico, a assistência, o tratamento da doença mental e a reabilitação das pessoas. A criação destes Centros foi norteada pelos princípios da acessibilidade aos serviços, ampla informação à população dos diferentes programas oferecidos,

gratuidade dos mesmos, levantamento das necessidades de toda a população e pela responsabilização do governo ao doente e sua família. Os centros de saúde mental ofereciam atendimentos de urgência e hospitalização. Funcionavam 24 horas por dia, sete dias por semana e deveriam ser referência para uma população entre 75 a 200 mil habitantes. Atendiam casos de pacientes adultos, infantis, idosos, egressos de internações e dependentes químicos. No entanto, considerando que o sistema de saúde americano historicamente privilegia os interesses das grandes instituições de tratamento e prioriza o atendimento centralizado no poder aquisitivo do indivíduo, este modelo de assistência comunitária em saúde mental não poderia se sustentar. Dos 2000 serviços previstos no governo Kennedy apenas 600 foram criados.

Com relação à noção de prevenção, esta se sustentou em conceitos epidemiológicos e de saúde pública, apoiados na ideia de risco e populações de risco (CAPLAN apud DESVIAT,1990). Era preciso intervir não apenas no indivíduo, mas também no seu entorno, ou seja, nas instituições, nas condições econômicas e sociais nas quais o indivíduo estava inserido e no acesso à cultura. Este viés preventivo dialogou harmoniosamente com algumas perspectivas higienistas e eugênicas. Teve como um de seus expressivos desdobramentos a

psiquiatrização da vida cotidiana, desencadeando uma espécie de banalização diagnóstica.

Na Itália, Franco Basaglia deu início ao modelo mais radical e paradigmático da Reforma Psiquiátrica no contexto internacional, foi a chamada Psiquiatria Anti-institucional. Não é por acaso que esta foi a experiência que mais influenciou o modelo brasileiro. Em 1961, no cargo de diretor do manicômio de Gorizia, Basaglia iniciou uma ampla mudança no interior do hospital, transformando-o inicialmente em uma Comunidade Terapêutica. Contudo, certo de que esse modelo trazia importantes limitações, empreendeu obstinadamente um segundo momento e o mais radical: devolver o doente mental à sociedade e desarticular o aparato custodial do manicômio. A Reforma psiquiátrica italiana considerava o hospital psiquiátrico como uma ameaça real à dignidade e aos Direitos Humanos. Considerava a instituição totalmente ineficaz do ponto de vista clínico e um perigoso foco de produção da violência institucional cujo resultado era o aniquilamento da subjetividade humana. O modelo italiano transformava a prática psiquiátrica em uma ação efetivamente política.

Reforma Psiquiátrica Brasileira: um pouco de história...

A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), motor que impulsiona e alimenta as políticas públicas de saúde mental no Brasil, é objeto de estudo de diversos autores como Amarante (1995), Desviat (1999), Pitta (2011), entre outros. Para compreendermos um pouco desta trajetória de mais de três décadas, recorreremos às suas contribuições e optamos por organizar esta parte do texto em décadas para a melhor coerência do texto. Muitos aspectos presentes nas experiências apresentadas anteriormente poderão ser facilmente identificados aqui, mas, sem dúvida, a mais marcante, como já foi dito, é a influência italiana.

Se pudermos definir um primeiro momento, uma das formas de fazê-lo é delimitar este período até o fim da década de 70. Trata-se de um momento em que a saúde mental no Brasil estava consolidada sob as estruturas de enormes aparatos manicomiais. A chamada “Indústria da Loucura” se caracterizava pelo financiamento de recursos públicos para a iniciativa privada com fins de construção e manutenção de grandes manicômios. Segundo Pitta (2011), entre 1965 e 1970, a população manicomial nas instituições públicas no Brasil permaneceu sem grandes alterações, mas nas instituições privadas conveniadas, esta clientela pulou de 14 mil em 1965 para 30 mil em

1970. Em 1982, os leitos psiquiátricos em instituições privadas já eram 98 mil. A proporção era de 20% de leitos públicos e 80 % de leitos conveniados.

Esta realidade se inseria em um contexto mais amplo que definia, segundo Amarante (1995), o sistema de saúde público do país nas décadas de 60 e 70. Tempos de governos militares e de uma assistência seletiva e elitista com foco na cura da doença e não na promoção da saúde. O acesso aos serviços públicos era um direito apenas dos trabalhadores que possuíam carteira profissional assinada e que, portanto, contibuíam para o Instituto de Previdência Social. Somava-se a isso o fato de que os verdadeiros beneficiados deste sistema eram os proprietários de instituições privadas, já que, em todas as áreas da saúde, se dava a política que ampliava desproporcionalmente a contratação de leitos, procedimenos e o consequente sucateamento do sistema público. A ideia de que tal prática traria mais qualidade ao sistema de saúde contrastava com a quase total desassistência encontrada pela população. O campo da saúde mental era um dos mais lucrativos para o setor privado já que, nesta área, o número de internações só aumentava, tendo em vista que, em sua maioria, eram de longas durações.

Já no final da década de 70 e início dos anos 80, muitos trabalhadores da saúde mental já se

mobilizavam em torno da necessidade de mudanças. Historicamente, este período ficou marcado como um dos mais efervescentes da história política de nosso país em função da grande mobilização popular que se organizava pelo fim do regime ditatorial militar, que governava o Brasil. Novos ventos sopravam nos diversos setores da sociedade levando ideais de liberdade, de igualdade e de justiça social. Um novo projeto político democrático iniciava sua consolidação na sociedade brasileira. As denúncias ao então modelo de saúde mental centrado na figura do manicômio pediam um novo reordenamento político pautado na superação de estruturas de cuidado e proteção arbitrárias, bem como de práticas disciplinares, tal como apontadas nas obras de Foucault (1978, 2003). Os movimentos organizados de trabalhadores discutiam melhores condições de trabalho e uma nova lógica de assistência pública mais participativa e humanizada. Destacam-se aqui, segundo Amarante (1995), a criação em 1976 do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e do movimento de Renovação Médica (REME). Ambos constituindo-se como importantes espaços de discussão e construção das bases políticas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. No ano de 1978, destacou-se o surgimento de um outro movimento de trabalhadores, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o MTSM.

Esses movimentos conquistaram importante prestígio junto à sociedade, atuando principalmente a fim de levar ao conhecimento público as denúncias de torturas, mortes e a má gestão do dinheiro público. Esse momento abria para a sociedade brasileira a forma com a qual o Estado administrava o tratamento aos seus doentes mentais, assim como toda a violência institucional por ele praticada. Entre as graves denúncias, havia a de que os espaços hospitalares eram utilizados para a prática de tortura de presos políticos, bem como para a ocultação de cadáveres no regime militar.

No caso dos hospitais do DINSAM, por exemplo, que nos tempos do regime militar foram utilizados para a tortura e o 'desaparecimento' de presos políticos, e instrumentalizados para servir às empresas da loucura, existiram sérias intervenções, marcando decisivamente aqueles que delas foram objeto. (AMARANTE, 1995, p. 95).

Situações como estas fizeram deste, um período em que, segundo Amarante (1995), a saúde mental foi utilizada como instrumento a serviço do governo, o que também contribuiu para o questionamento do uso e da função social das práticas médico psiquiátricas e psicológicas existentes neste campo.

Justamente neste período, como vimos em Pitta (2011) e Delgado (1992), o movimento reformista entrava

em contato, com todo vigor, com a influência das obras de Michel Foucault, Fellix Gattari, Goffman, bem como Robert Castell e Franco Basaglia. Alinhando-se ao momento histórico e político de redemocratização do país e a valorização dos direitos civis, a tradição italiana foi, aos poucos, enraizando e fazendo ressoar o tema da cidadania do louco no cenário brasileiro.

Se quisermos tomar um núcleo discursivo em que tal problemática é mais nitidamente evidenciada, podemos valer-nos das experiências brasileiras que afirmam sua filiação à recente tradição italiana. No Brasil, embora com diferenças notáveis, a introdução de práticas que afirmavam uma 'interlocução' com a experiência da Psiquiatria Democrática iniciou-se no final dos anos 70 e começo dos 80, para tornar-se mais enfática, posto localizadamente, nos últimos 5 anos. O 'problema' da cidadania do louco, embora central nessa tradição basagliana, não é exclusivo dela, e deve ser igualmente atribuído à conjuntura brasileira de redemocratização e redefinição constitucional. (DELGADO, 1992, p. 16-17).

O momento seguinte, na esteira da Reforma Psiquiátrica brasileira, pode ser compreendido, tal como aponta Amarante (1995), pelo que ele nomeou de trajetória sanitarista. Iniciou-se nos primeiros anos da década de 80 e caracterizou-se pelo processo que culminou com o nosso Sistema Único de Saúde, o SUS. A Reforma Sanitária imprimiu grandes e importantes

contribuições na organização de um novo modelo de política para o campo da saúde mental no Brasil. A criação das chamadas Ações Integradas de Saúde, que mais tarde se constituíram nos chamados SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), refletiram as novas diretrizes propostas para a saúde pública no cenário internacional através da Organização Panamericana de Saúde, a OPAS. Tais diretrizes tinham, como princípios, a universalização, a regionalização, a hierarquização, a participação comunitária, a integralidade e a equidade. O projeto da Reforma Sanitária brasileira assimilou todas elas, adotando os moldes de uma medicina de base comunitária, preventiva e com o enfoque na atenção primária⁶.

Para Pitta (2011), este foi um período de importantes realizações, entre elas, destacam-se algumas conferências de saúde e de saúde mental, bem como de encontros históricos de trabalhadores, usuários e familiares. Destacam-se, entre eles, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Antes reservada aos gestores do setor, ou seja, ao governo e proprietários de instituições privadas, passou a contar

⁶ Atenção primária é o primeiro dos três níveis organizadores das ações sanitárias de saúde pública. Consiste no nível de atendimento caracterizado pelas ações básicas de saúde e é considerada a porta de entrada no sistema. É na atenção básica, que se acredita poder intervir para deslocar o enfoque da doença para o novo objetivo que passa a ser o da promoção da saúde. Ver no ABC do SUS, publicação do Ministério da Saúde de 1990.

com a participação de representantes da sociedade civil e tomou, como um de seus principais desdobramentos, a decisão de se realizar a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Amarante (1995) lembra que, apesar disso, esta deliberação não encontrou muita ressonância junto aos dirigentes da então Divisão Nacional de Saúde Mental, o DINSAM, órgão gestor da saúde mental.

O enfrentamento a este cenário culminou na realização, em 1987, da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. No entanto, o DINSAM insistia em adotar, para a organização da Conferência, o formato de um evento técnico com a presença principalmente de psiquiatras. Instituiu também uma comissão redatora própria, não previa a criação de grupos de discussão e nem a participação de usuários e familiares como delegados. Atitude esta que contrariava as decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, por isso, foram rejeitadas pela assembleia presente no local, mobilizada por militantes do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Neste mesmo ano de 1987, morria na Itália, o psiquiatra Franco Basaglia. Em Bauru, São Paulo, acontecia o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Foi neste Encontro, que, segundo Amarante (1995), nasceu o conhecido lema “por uma

sociedade sem manicômios”, que marcaria o viés adotado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Foi em 1988, porém, com a promulgação da Nova Constituição Brasileira, que as ações de saúde ganhariam um novo destaque na agenda das políticas públicas. A partir de então, na Constituição da República, em seu artigo 196, a saúde passaria a ser considerada “[...] direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, art. 196).

A nova lógica assistencial que nascia com o SUS propunha, como se vê na Lei 8080/90, a chamada lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2004a), um conceito mais abrangente de saúde que engloba fatores condicionantes do meio físico (geográfico, saneamento básico, alimentação e habitação), do meio socioeconômico e cultural (renda, educação, profissão), assim como oportuniza o acesso aos serviços prestados, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. Por isso, a nova organização do SUS passou a se estruturar em uma rede de serviços regionalizados, hierarquizados e descentralizados a partir de uma direção única em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal, contando ainda com o controle e a participação paritária da população através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. As instituições privadas passariam a fazer parte do sistema apenas na condição de equipamentos complementares a ele. Dentre seus princípios está o da universalidade, ou

seja, todos passaram a ter o direito de utilizar os serviços e as ações de saúde. A equidade, princípio que considera a individualidade de cada um, garantindo o respeito pela diferença. A hierarquização, que consiste em oferecer níveis de complexidade assistencial crescente de acordo com a demanda e as condições de cada região, garantindo sempre, em cada município, mesmo que minimamente, uma rede de atenção básica. Por integralidade entende-se que “[...] toda pessoa é um todo indivisível; [...] o homem é um ser integral, biopsicossocial e deverá ser atendido [...] por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (ABC do SUS, 1990, p. 10). O acesso ao serviço pode ser entendido pela eliminação das barreiras burocráticas que por ventura impeçam o usuário de utilizá-lo. A resolutividade, que é a capacidade do serviço, quando solicitado pelo usuário, de ter sua demanda atendida ou encaminhada a quem de fato possa fazê-lo. A descentralização, que se refere à redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de gestão do sistema público de saúde e da ideia de que quanto mais próximo do usuário estiver o serviço e suas ações, melhor será o cuidado e mais responsáveis os municípios serão para com seus munícipes.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se alojou dentro da lógica do SUS, adotando seus princípios doutrinários e, em 1990, a Declaração de Caracas trazia em seu bojo, tal como

afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d), o marco daquilo que se pretendeu para o projeto de assistência em saúde mental nas Américas. Em seu texto, as organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas ali reunidos concordaram que o modelo centrado no hospital psiquiátrico não era resolutivo e apontaram, como alternativa, um modelo de atendimento comunitário, descentralizado, participativo, universal e preventivo. Consideraram, entre outros aspectos, que o atendimento primário da saúde seria a estratégia adotada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e referendada pelos países membros para que alcançassem, como meta, saúde para todos. Declararam, por fim, entre outros aspectos, que era necessário rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico.

A década de 90 compreendeu, para Amarante (1995), o período da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Para o autor, este momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira deve ser entendido pela abertura do interior dos espaços institucionais, ou seja, pela influência italiana que se fazia presente. A tarefa aqui se destinou a construir e implantar efetivamente algo novo, ou seja, uma outra possibilidade de assistência em saúde mental, que se baseasse numa lógica humanitária e voltada para a cidadania.

Paralelamente ao afastamento daquelas lideranças, existiu a produção de novas culturas, o estabelecimento de uma nova ética, de novas formas de pensar, trabalhar e lidar com os pacientes e com as instituições. (AMARANTE, 1995, p. 96).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental acontecia em 1992 e, de seus relatórios finais, tal como verificamos em Pitta (2011), saíram as diretrizes que orientaram a reestruturação da atenção em saúde mental nas Coordenações que se seguiram no âmbito federal. Uma rede articulada de serviços substitutivos ao aparato hospitalocêntrico precisava ser construída. Foi um momento extremamente fértil, no qual se destaca a implantação e liberação de recursos para os primeiros Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, portarias e recursos para os Serviços Residenciais Terapêuticos e incentivos para o programa de desospitalização.

Os chamados CAPS⁷ (Centros de Atenção Psicosocial) surgem então como um equipamento regulador de todo o sistema. Sua arquitetura é descrita por Lobosque (2003) como um espaço que em nada lembra o modelo hospitalar. Assemelham-se muito mais ao estilo de uma casa com salas, cozinhas e camas. Em consequência disso, a circulação das pessoas também se dá de maneira diferente. Os usuários podem, assim, transitar livremente por quase todos os espaços. Nessa perspectiva, também o atendimento individual ganha novas características. Ele perde o caráter *standard* da clínica convencional, realizada

7 Tipos de CAPS:

“CAPS I - serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

CAPS II - são serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.

CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.

CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.

CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular”. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33882

Ver também a portaria ministerial 336/2002.

apenas dentro dos consultórios e ganha os espaços dos jardins, das salas de espera, das ruas ou mesmo da própria casa do usuário. Outro aspecto característico é que, nestes serviços, o usuário deve permanecer o mais breve possível. São lugares de passagem que se constituem assim como forma de evitar o sempre eminente risco de repetição do modelo asilar.

Adimensão do trabalho em equipe visa descentralizar as decisões clínicas com relação aos usuários. O chamado técnico de referência, responsável por conduzir o caso clínico, geralmente pode ser qualquer profissional de nível superior. Não é a especialidade que conta, mas a sensibilidade de saber conduzir sem dominar. No âmbito da Reforma Psiquiátrica, o aspecto clínico não se sobrepõe ao reabilitador. Lobosque afirma isso ao dizer que, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, “[...] a clínica não tem um lugar central, não é de forma alguma o eixo diretor de nossas ações ou estratégias, estas ações e estratégias são de ordem diversa, levando-nos a intervir no âmbito da política, do direito, das legislações, da cultura, do trabalho”. (LOBOSQUE, 2003, p. 17-18).

Contudo, esta ainda é uma questão delicada e que tem recebido várias leituras. Para muitos, trata-se de negar a especificidade de certos saberes e seus fazeres, o que nos parece um grande equívoco. O discurso de que ‘todos podem fazer tudo’, merece um olhar e uma escuta

mais cuidadosa. Nos dizeres de Silva (2003), se trata muito mais de

[...] nos permitirmos inventar dispositivos novos onde resguardamos todas estas especificidades e ao mesmo tempo, experimentarmos lugares e funções diferentes, é possível entre outras coisas, questionar o ideal de um saber puramente especialista e experimentar esse lugar de não saber, lugar esse que nos causa, que nos provoca e faz com que o inusitado surja. (SILVA, 2003, p. 231).

Quanto ao que são e ao fazer que se realiza nos Serviços Residenciais Terapêuticos, encontramos em Generoso (2008) uma importante fonte de compreensão. Em geral, os SRTs são moradias protegidas, destinadas a pacientes egressos de longas internações, mais especificamente acima de 2 anos, que, em função do longo período de institucionalização, perderam ou sofreram graves prejuízos nos vínculos familiares, bem como na autonomia necessária à convivência e, por que não dizer, à sobrevivência na vida social. Os SRTs foram instituídos pela Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000), em consonância com o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD).

Outro importante equipamento de reabilitação psicossocial são os Centros de Convivência. Neste dispositivo não há consultas agendadas ou tratamentos

do tipo. Tampouco os profissionais que ali estão originam-se necessariamente do campo *psi*. O que nele encontramos são oficinas diversas, espaços de pura criação que contam, em sua maioria, com profissionais ligados ao mundo das artes. Entre muitos de seus efeitos está a inserção, ou mesmo, a reinserção social do usuário no mundo do trabalho através de iniciativas solidárias de geração de trabalho e renda.

Os Centros de Convivência surgem nessa estrutura, como espaços de expressão e criação, propiciadores de inclusão social. Trata-se de um dispositivo não sanitizado, onde o que se opera não é o tratamento por princípio, mas a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à cultura, tendo nas oficinas seu elemento organizador. Como os demais dispositivos da saúde mental, acolhe, prioritariamente, os portadores de sofrimento mental grave em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Referência em Saúde Mental-CERSAMs. (SOARES, 2011, p. 1).

Chegando aos anos 2000, o destaque é dado por Pitta (2011) pelo avanço no panorama das legislações em saúde mental. A Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL, 2004b), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, é, enfim, sancionada após doze anos de tramitação e significou, entre outros aspectos, a entrada definitiva da saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil. Esta lei

[...] reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil”.[...]. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária. (BRASIL, 2004b, p. 20).

Os desdobramentos da institucionalidade da Lei 10.216 também se fizeram ressoar no campo da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA), como aponta Ventura (2013). Somando-se às contribuições da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no mesmo ano de 2001, ambas foram fundamentais para abrir espaços e fazer surgir na pauta das políticas públicas o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, antes esquecidos e negligenciados durante quase um século.

As diversas legislações federais, estaduais, portarias ministeriais, resoluções e recomendações que se seguiram contribuíram para a regulação e articulação da rede psicossocial, para ampliação da clientela assistida, para a normatização e avaliação do funcionamento de hospitais, entre outras importantes ações da Reforma. Destaca-se também a Portaria 336/2002 , (BRASIL, 2004c), que instituiu a criação e orienta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.

Em um estudo que abrange os períodos de 2002 até o ano de 2007, Ventura, Duarte e Delgado (2008) avaliam os avanços realizados na rede de atenção psicossocial da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA), no Brasil. O estudo aponta o então *estado da arte* neste campo e apresenta uma análise de como essas políticas avançaram até então, bem como seus principais enfrentamentos e desafios. Embasados em documentos do Ministério da Saúde, alertam para a escassez de informações epidemiológicas neste âmbito e para o fato de que, aquelas que existiam, estavam concentradas em fontes governamentais. Apesar do crescimento no número de CAPSi, estes ainda eram muito poucos se comparados aos parâmetros populacionais apontados na própria Portaria 336/2002, que indica a presença destes Serviços em cidades cuja população seja igual ou superior a 200 mil habitantes. Até o ano de 2007, somavam-se apenas 86 CAPSi em todo o Brasil. Outras 130 cidades brasileiras possuíam perfil que poderia comportar esses serviços. Para as cidades de menor população a orientação era e ainda é a de que tal assistência se dê a partir de diversas estratégias tais como os demais CAPS (I, II, III, AD), ambulatórios de saúde mental e/ou outros recursos intersetoriais existentes.

Os autores ainda concluíam, em seus estudos, que, apesar do número ainda insuficiente, os CAPSi se

constituíam na principal ação estratégica para as ações de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no campo das políticas públicas de saúde. Eles conseguiam responder com efetividade à necessidade de acesso da população às demandas da área, oferecer informações epidemiológicas, fomentar a necessidade de formação continuada dos trabalhadores e, ainda, dar a visibilidade necessária à clientela infanto-juvenil acometida de transtornos mentais graves e persistentes. Os dados apresentados pelo estudo apontavam ainda a necessidade de monitoramento e avaliação desta rede de cuidados.

Com relação à temática da dependência química, em 2002, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e) definia o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, inaugurando, assim, um conjunto de procedimentos e ações específicos para este público. De lá para cá o objetivo tem sido o de proporcionar a ampliação do tratamento a partir de uma abordagem mais ampla do problema apoiada, entre outros aspectos, na perspectiva da redução de danos. Ao contrário da exigência de abstinência, pregada em geral por instituições filantrópicas e religiosas, a perspectiva da redução de danos consiste em um trabalho diferenciado de abordagem da questão, no qual se busca reduzir ou amenizar as consequências da utilização dos psicoativos

a partir do entendimento de que tal exigência é, em geral, pouco efetiva.

O momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira continua se voltando para sua efetiva implementação, no entanto, enfrenta novos desafios. Além dos diversos caminhos a percorrer no fortalecimento das políticas de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, são as ações de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas que, atualmente, parecem movimentar este cenário.

Atualidades...

Superado os enfrentamentos dos primeiros momentos de implantação da Reforma, outros desafios vieram. Ainda há muito a avançar. Pitta (2011) faz uma avaliação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente no momento atual, e pergunta-se se, após mais de 3 décadas, estaria este movimento dando sinais de exaustão. As políticas públicas acolheram e veem implantando as principais propostas de um modelo assistencial voltado para o tratamento comunitário e não centrado no hospital. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d) indicam que, até 2011, foram implantados 1742 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entre eles, 821 CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 149 CAPSi, 272 CAPS ad e 5 CAPSad III. Isso significa

uma cobertura de 0,72 CAPS por 100.000 habitantes, o que indica, segundo os parâmetros do Ministério, uma cobertura satisfatória⁸. No entanto, quando estes indicadores analisam os estados, apenas 11 apresentam uma cobertura acima da média. Dezoito estados possuem pelo menos 1 tipo de CAPS 24 hs, dados estes que interferem diretamente no número de leitos hospitalares. Cinco estados não possuem nenhum CAPSi, o que indica desassistência da população infanto-juvenil. Um estado não possui nenhum CAPSad, apontando, assim, para prejuízos na assistência à dependência química. Até o final de 2011 foram implantados 779 Módulos de Residências Terapêuticas (SRT) para uma população de 3470 moradores. Até fevereiro de 2012 mais de 4000 benefícios de reabilitação do programa “Volta pra casa” foram pagos. A política de incentivo técnico e financeiro que surgiu de uma parceria entre Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária beneficiou 640 projetos de Geração de Trabalho e Renda. As regiões que mais ampliaram suas ações foram as sul e nordeste, sendo que a que menos cresceu foi a região norte do país.

Os leitos psiquiátricos hospitalares tiveram uma queda de 51.393 em 2002 para 32.284 em 2011, o que indica uma inversão na histórica relação que, segundo

8 Indicadores de cobertura de CAPS/100.000 habitantes do Ministério da Saúde (2012): Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

Nogueira (2013), destinava recursos a instituições hospitalares, orientando-os, agora, aos serviços substitutivos. Através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH- Psiquiatria), 18 hospitais psiquiátricos foram descredenciados do SUS por condições inadequadas de funcionamento.

Com relação às Supervisões Clínicas e institucionais que são importantes estratégias de educação permanente, o Ministério da Saúde (2012) aponta que, de 2005 a 2011, apoiou 851 projetos, estando agora em seu VIII edital de chamada.

Esta ampla expansão é reflexo de uma política pública consolidada. Diante disso, estaria a RPB esvaziada de lemas mobilizadores? É o que pergunta Pitta (2011). A provocação feita por este questionamento reorienta nosso olhar para os atuais desafios e constantes processos de transformação social. Apesar do aumento na implantação de serviços tipos CAPS, encontramos profissionais que ainda não apreenderam, ou mesmo não incorporaram a real noção de que tais serviços não são meros ambulatórios ampliados. Um serviço substitutivo ao aparato manicomial porta em si, tal como afirma Lobosque (2003), o traço marcante de uma proposta que não se apoia em estruturas convencionais de funcionamento institucional. Trata-se de um serviço que precisa ser reinventado a cada dia e que, por isso, convoca a um trabalho que não se acomoda no

interior dos muros institucionais, mas que exige diálogo, enfrenta intolerâncias e constrói caminhos. Um serviço para cada sujeito, é o que afirma Ferreira (2013). Este reordenamento é ainda, para muitos de nós, um exercício distante da prática e, por isso, acaba por colocar em xeque eficácia dos CAPS quando aposta e reforça políticas públicas centralizadoras. A lógica manicomial pode se instalar em posturas que acabam, por vezes, alimentando um imaginário social que potencializa promessas milagrosas sustentadas por ações imediatistas. Haja vista o apelo às interações involuntárias e compulsórias como medidas prioritárias a serem adotadas, especialmente para usuários de crack.

Em tempos atuais, a figura do louco perigoso ainda persiste, mas agora convive lado a lado com a do usuário de crack. Este novo personagem surge nos noticiários chocando à sociedade com as condições social e moralmente miseráveis a que o ser humano pode chegar no que tange a sua relação com a toxicomania. Entretanto, esta condição extremamente vulnerável confunde-se com a imagem de um ser humano desprovido da capacidade de decidir sobre si mesmo. Situação esta que se opõe aos direitos básicos do ser humano, que, inclusive, nos define como tais, presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

Em 2010, o então governo Lula lança, através do Decreto nº 7179/10 (BRASIL, 2010b), o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Em resposta às pressões midiáticas, o então governo Dilma anuncia, em 2012, a liberação de 4 bilhões de reais em recursos até o ano de 2014 para o combate e tratamento ao uso do crack, droga barata que dominou o debate público sobre o tema. Surge o programa ‘Crack, é possível vencer’ que se estrutura a partir dos eixos da prevenção, do cuidado e da autoridade, tal como se verifica em Brasil (2012c). Os recentes investimentos públicos no setor também se orientam para programas de formação e capacitação profissional com enfoque em políticas voltadas para questões sociais mais amplas que abarcam espaços multiprofissionais e intersetoriais nos campos da saúde, educação, assistência social, jurídica, farmacológica, etc.

Para Moncau (2013), em seu artigo presente no *site* do Conselho Federal de Psicologia, o Plano fomenta uma abordagem policial do tema. O que lhe causa mais estranheza, porém, é o direcionamento de recursos para instituições privadas e para as chamadas Comunidades Terapêuticas. Estas surgem no Plano em seu eixo ‘cuidado’, juntamente com outras estratégias. O surgimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil se desenvolveu, em sua maioria, em decorrência da inércia governamental neste âmbito. Diante da omissão e negligência deixada

pelo Estado, durante muito tempo, coube a elas a tarefa de preencher os espaços vazios, sinalizando para a maioria da população como a única alternativa para o tratamento à dependência química. Contudo, tal como se verifica no artigo de Moncau (2013), as Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil em nada se assemelham àquelas originadas pelas ideias do psiquiatra inglês Mawell Jones, presentes na experiência da Reforma Psiquiátrica inglesa. Salvo algumas excessões, são, em sua maioria, instituições de abrigo afastadas dos centros urbanos, que se apoiam na ideia da abstinência e na cura através da imposição religiosa. O lugar dado a estes equipamentos é ainda um tanto incômodo para a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que o funcionamento das mesmas se dá, em muitos casos, de forma arbitrária aos seus princípios.

As críticas com relação à presença desses equipamentos no âmbito das políticas públicas de saúde mental são rebatidas pelo governo através da própria Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que indica a participação de instituições privadas e filantrópicas como serviços complementares ao SUS. Desta forma, a Portaria 131/2012 (BRASIL, 2012a) institui incentivo financeiro destinados a estados e municípios para apoio ao custeio de Serviços de Atenção Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltadas para pessoas

decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da rede de atenção psicossocial.

Contudo, a opção adotada nas políticas públicas de saúde mental brasileiras, no que refere ao tratamento da dependência química, continua sendo o cuidado em uma rede articulada de serviços e que tem no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, o CAPS ad, seu principal regulador. Neste sentido, a aposta nos chamados Consultórios de Rua (BRASIL, 2010a), dispositivo de atenção, sustentado na proposta da Redução de Danos, também são importantes aliados nesta prática. Até 2011, segundo o Ministério da Saúde (2012), somavam-se 92 dispositivos em todo o país. A Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012e), que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, inclusive crianças e adolescentes, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial compõem, de uma forma geral, o desenho das políticas públicas para este setor.

Apesar de medidas como essas, as políticas públicas sobre drogas, no Brasil, ainda se mostram incipientes, desarticuladas e pouco resolutivas. Convivemos ainda com tímidas iniciativas para o tratamento ao uso abusivo das drogas lícitas e de outras tantas ilícitas. O que se percebe é que a questão da drogadicção é um fenômeno crescente cuja abrangência perpassa os mais diversos domínios sociais.

Há ainda diversos campos os quais as políticas públicas de saúde mental precisam avançar, um deles está no âmbito da infância e adolescência. Campo minado por discursos técnico-científico-jurídicos que, muitas vezes, insistem em se sobrepor à subjetividade ao reduzir esses pequenos sujeitos a meros “objetos de adaptação social e reeducação normativa” (VENTURA, 2013, p. 15).

Um tema relevante, que tem tomado a agenda das ações neste segmento do campo da saúde mental, é o debate acerca da categorização do Autismo como deficiência mental e da construção de serviços específicos para seu tratamento. Este cenário tem dividido opiniões. De uma forma geral, associações de pais e familiares, bem como profissionais sustentados por um viés médico científico têm defendido estas propostas. Para esses grupos, tanto o CAPSi quanto a saúde pública em geral não têm oferecido um atendimento adequado às necessidades apresentadas pelo autismo e, por isso,

demandam uma política pública específica para esses casos. Já para muitos atores da Reforma Psiquiátrica, a criação de serviços específicos para o autismo, tipo CAPS, “vem na contramão do trabalho em rede, propondo novos ‘especialismos’ clínicos” (NOGUEIRA, 2012, p. 34), que contradizem a ideia da inclusão ao criarem lugares de tratamento que não permitem a convivência com a diversidade diagnóstica de outros casos.

No final de 2012, o então governo federal publica a Lei 12.764 (BRASIL, 2012b), que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A importância desta lei está no impacto que ela tem nos diversos segmentos de políticas públicas, inclusive no âmbito educacional.

É fato, entretanto, que muitos CAPSi não tomaram para si a tarefa de acolher e tratar esses casos, delegando a instituições sem fins lucrativos esta incumbência ou, simplesmente, desassistindo-os. É bem verdade também, que muitos CAPSi ainda não assumiram mesmo o tratamento não só do autismo, mas também de inúmeros outros casos graves de sofrimento psíquico na infância e adolescência.

Há também inúmeros exemplos de experiências exitosas de serviços que atuam comprometidamente com o acolhimento e o cuidado dos chamados casos graves

de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Silva (2003) e Ferreira e Bontempo (2012) apresentam várias dessas experiências através do relato de práticas engajadas de diversos profissionais que trazem a público sua prática, contribuindo assim para a formalização deste campo. Demonstram, desse modo, a eficácia dos CAPSi e de toda a rede intersetorial de cuidados no tratamento não só do autismo, mas também das psicoses e de vários transtornos que acometem esses pequenos e jovens sujeitos.

A questão específica do autismo, bem como o tratamento compulsório a usuários de crack e a pacientes psicóticos, assim como tantos outros temas presentes no campo da saúde mental são ainda assuntos abertos a vários debates. Esperamos que o espaço ao diálogo permaneça e também que aprendamos com os equívocos de algumas velhas práticas que resurgem sob o manto de novas e belas roupagens.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida** – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ABC do SUS. **Doutrinas e Princípios V**. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, 1990.

BARRETO, Francisco Paes. Crônica do Hospital Santos Olhos. In: **Reforma psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte: editora Itatiaia, 1999. p. 19- 40.

BRASIL, **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Título VIII, Capítulo II, seção II – Da Saúde, 1988, p. 131-137.

BRASIL (a), Lei nº 8080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde/**Legislação em Saúde**, Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BRASIL (b). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.**Legislação em Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BRASIL (c). Portaria Ministerial nº 336, 19 de fevereiro de 2002. **Legislação e Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BRASIL (d). Declaração de Caracas. In: **Legislação de Saúde Mental**. Ministério da Saúde Brasília, DF: Editora MS, 2004.

BRASIL (e). Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/** Ministério da Saúde. 2 .ed. ver. Ampl – Brasília: MS, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, 11 de fevereiro de 2000.. Brasília: DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119 Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material

de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010. 48 p.

BRASIL (b), Presidência da República, **Decreto nº 7179**, de 20 de maio de 2010. Brasília: DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: DF. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL (a), Ministério da Saúde. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Brasília: DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL (b), Presidência da República. **Lei nº 12.764**, de 27 de dezembro de 2012. Brasília: DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL (c), Presidência da República. **Programa Crack, é possível vencer**. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1> Acesso em 22 jun. 2013.

BRASIL (d), Ministério da Saúde, **Saúde Mental em dados 10**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Ano VII, nº 10, março de 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> Acesso em: 26 jun. 2013.

BRASIL (e), Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Brasília: DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23119 Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL, Presidência da República, **DECRETO-LEI Nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 19 jun. 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Adotada e proclamada pela Resolução 217 (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Disponível em: WWW.direitoshumanos.usp.br Acesso em: 18 jun. 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As Razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESVIAT, Manuel. **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Tânia. Casa da Palavra. In: FERREIRA, Tânia e BONTEMPO, Valéria Lima (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2012, p. 71 - 77.

FOULCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOULCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2003.

GENEROSO. Cláudia Maria. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados - uma pequena construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, ano 8, n.1, p. 67-73, 1º SEMESTRE DE 2008. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n1/artigos/pdf/v8n1a07.pdf> Acesso em 26 jun. 2013.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MONCAU, Gabriela. **Nem comunidades, nem terapêuticas**. Revista Caros Amigos, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/nem-comunidades-nem-terapeuticas/> Acesso em: 18 jul. 2013.

NOGUEIRA, Rodrigo Chaves. A brincadeira de “parir gatos” ou como se faz política de saúde mental infanto-juvenil: recortes. In: FERREIRA, Tânia; BONTEMPO, Valéria Lima (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2012. p. 29 - 37.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Aug. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000200006>.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2013.

SILVA, Mônica Eulália. A experiência do CERSAMI. In: GUERRA, Andréa Máris Campos e LAGUÁRDIA, Nádia Lima. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 229.

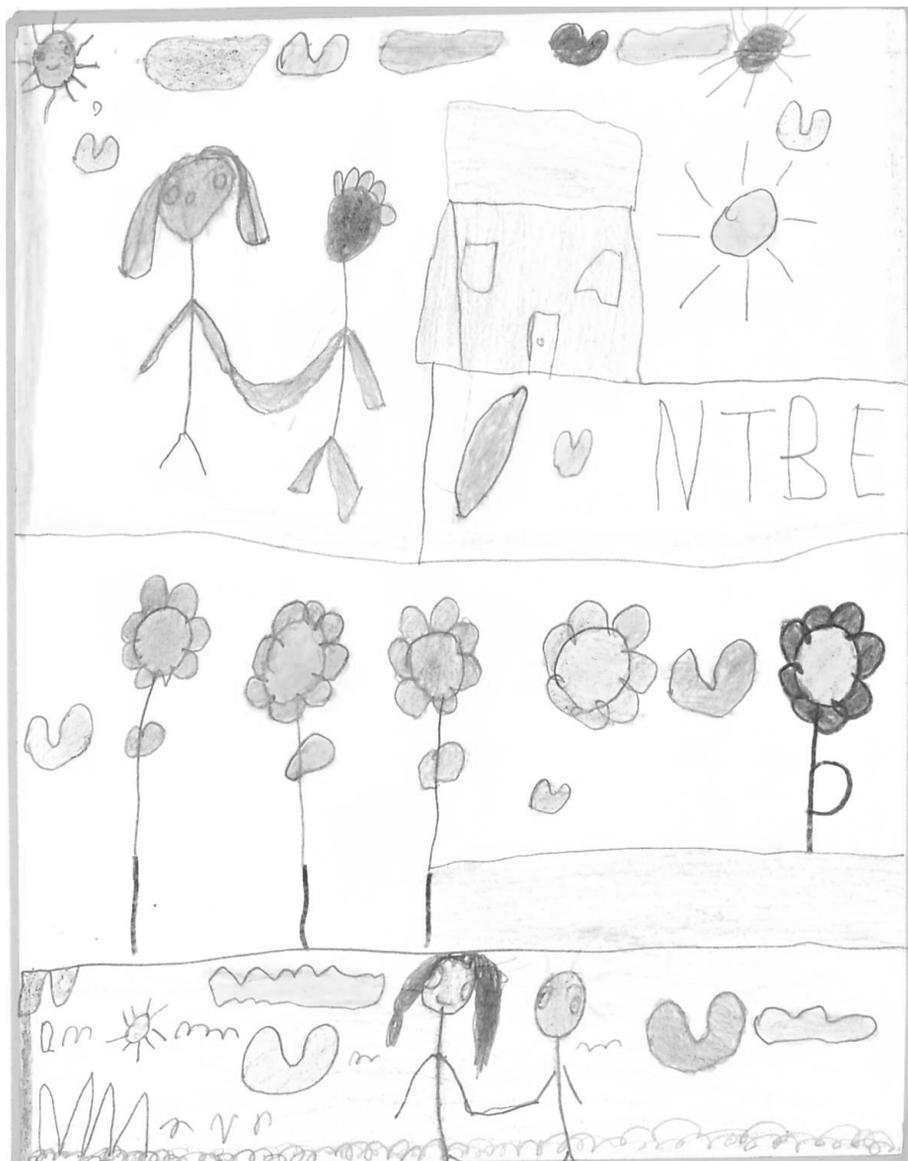
SOARES, Marta. **Centros de Convivência: Saídas e invenções**. 2011. Disponível em: <http://espacosaudemental.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/TEXTO-REFER%C3%80NCIA-Marta-Soares.pdf> Acesso em: 25 de junho de 2012.

VENTURA, Maria Cristina. Apresentação. In: FERREIRA, Tânia e BONTEMPO, Valéria Lima (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2012. p. 15 - 18.

Capítulo II

A FAMÍLIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA:

unidade e oposição



Desenho: Wallace Fernando Rodrigues

CAPÍTULO II

A FAMÍLIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: unidade e oposição

Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Teresa Cristina da Silva Kurimoto

Annette Souza Silva Martins da Costa

Marília Rezende da Silveira

A instituição do asilo, no século XVIII, inaugurou uma nova conduta da sociedade frente à loucura. Se durante a Antiguidade e a Idade Média, a loucura era entendida e suportada pelos homens como dotada de razão e verdade; na Idade Moderna, insere-se no quadro nosológico da época como todas as outras doenças, perdendo o caráter mágico e sagrado que vigorava até então, podendo ser capturada e tratada dentro das instituições psiquiátricas.

Para a burguesia nascente, a doença mental era considerada uma falta, um pecado de ordem econômica e moral: todos aqueles que não eram capazes de tomar parte na produção, circulação e acumulação de riquezas foram excluídos e confinados nos asilos. “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.” (FOUCAULT, 1975, p.79).

O advento do mercantilismo, o fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais elevam a loucura à categoria de problema social, tornando-se corrente a concepção do louco como ser improdutivo, portanto excluído da sociedade (RESENDE, 1990).

O louco, limitado pela doença na sua capacidade de produção, torna-se um fardo para a sociedade capitalista nascente. Buscava-se, dentro dos asilos, através da coerção e do tratamento moral, a reorganização do louco como sujeito da razão, como sujeito do contrato social, apto a viver em sociedade.

O espaço da loucura passa a ser o espaço do asilo e o lugar destinado ao tratamento do doente mental torna-se o lugar de sua exclusão, portanto do não tratamento. “Essa exclusão social da loucura teve como correlata a exclusão dos loucos do espaço familiar, de forma que a instituição psiquiátrica e o Estado passaram a definir os destinos sociais dos doentes mentais no lugar da instituição familiar” (BIRMAN, 1992, p. 81). A psiquiatria, legítimo instrumento do Estado na segregação e exclusão social do louco, possibilita que a

responsabilidade pelo doente mental e sua consequente tutela seja transferida do núcleo familiar para o espaço asilar.

Para Castel,

a importância crucial da questão da loucura no momento da instauração da sociedade burguesa se deve, inicialmente, ao fato dela ter concretamente revelado uma lacuna de ordem contratual: o formalismo jurídico não pode controlar tudo, existe, pelo menos, uma categoria de indivíduos que deve ser neutralizada por outras vias do que aquelas de que dispõe o aparelho jurídico-policial [...] o novo dispositivo instaurado para suprir essas carências vai desenvolver um novo modelo de manipulação, de plasticidade quase infinita. (CASTEL, 1978, p. 51).

O poder médico, por meio de novas formas de controle, de sujeição e de novas relações de tutelarização, criou uma nova forma de dominação.

Buscava-se, também, por meio do isolamento, tanto a proteção dos familiares mais vulneráveis (crianças, adolescentes e mulheres jovens) às influências negativas oriundas do contato com o doente mental, quanto o afastamento da família, que poderia ser a propiciadora do adoecimento mental. Nesse sentido, “a família seria, dependendo de seu funcionamento interno, uma fonte de desequilíbrios, conduzindo à perda da

razão” (MELMAN, 1998, p. 9). Sustentados pela ciência, doente e família são afastados, na certeza de que ambos são nocivos à saúde e segurança um do outro.

Portanto, a instituição psiquiátrica ancorou-se na culpa e na cumplicidade da família e se habilitou a cuidar (e tratar) do seu membro doente. À medida que a psiquiatria não pôde mais sequestrar impunemente o doente e mantê-lo por longos períodos na instituição procurou devolvê-lo para a família culpada. Para Saraceno (1999, p. 101), “a história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente: no velho manicômio, a família era o cúmplice designado para a internação do paciente identificado. A família era grata à instituição por se ver aliviada do problema e a instituição se autorreproduzia também graças a essa gratidão”.

Vigorosamente constituída sobre a base de uma ampla rede institucional e sobre um conjunto de fatores sociais e administrativos favorecedores da segregação do doente mental no espaço hospitalar, a política asilar permanece, até os dias atuais, como o instituído da assistência a esse doente.

O movimento preconizado pela reforma psiquiátrica, a partir dos anos 80, no Brasil, vem cumprir um importante papel nas transformações ocorridas na

assistência prestada ao doente mental. Esse movimento é definido por Amarante como “o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. (AMARANTE, 1995, p. 91).

Não podemos dizer que essa é a primeira reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Outras já haviam acontecido, motivadas por diferentes forças: a criação dos asilos no final do século XIX; as técnicas utilizadas no tratamento da doença mental no início do século, como os aparelhos eletrostáticos, a insulinoaterapia e o cardiazol, e a introdução dos psicotrópicos no mercado nos anos 50. Todas elas não apenas provocaram mudanças significativas na assistência ao doente mental, mas também reforçaram o poder do saber psiquiátrico sobre a loucura.

A reforma atual tem seu início marcado por uma série de denúncias, por meio da mídia, sobre a assistência prestada aos doentes mentais nos manicômios. Revistas e jornais denunciavam o tratamento desumano, a superlotação dos hospitais, o número insuficiente de profissionais e as más condições de vida dentro das instituições psiquiátricas.

No final da década de 70, foi organizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). “No seu início, o MTSM busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados seja nas denúncias ao modelo oficial, de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico, seja na elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização” (AMARANTE, 1996, p. 15).

Inspirado pelo modelo de reestruturação psiquiátrica italiana, o MTSM buscou “constituir-se em espaço de luta não institucional, em locus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 58).

É importante salientar que, na década de 70, tomou força o movimento denominado Reforma Sanitária, caracterizado não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos nela envolvidos, mas também por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, marcado pelo caráter centralizador, em nível federal, e por um modelo hospitalocêntrico de atenção.

Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, esse movimento social intensificou-se e a discussão sobre o projeto da Reforma Sanitária criou vulto.

Para Silva, a Reforma Sanitária

representa a democratização da saúde no país, propondo que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas, principalmente, pelo acesso dos indivíduos ao emprego, a um salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer além, evidentemente, do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitarem. (SILVA, 1999, p. 9).

O direito à saúde é, pois, um direito humano e de cidadania, e o Estado deve assegurar, mediante suas políticas econômicas e sociais, os meios para que os indivíduos tenham acesso aos bens e serviços que lhes assegurem a saúde.

As principais propostas do Movimento da Reforma Sanitária, explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde – universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social, foram

incorporadas ao texto Constitucional, nos artigos 194 a 196 e regulamentadas pelas Leis 8080/90 e 8142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS pode ser definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999, p. 11). Esse sistema, portanto, define normas, princípios e diretrizes para a atenção à saúde em todo o país, inclusive na área de saúde mental.

É importante frisar que a Reforma Psiquiátrica surgiu no bojo da Reforma Sanitária, que lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a Reforma Psiquiátrica organizou-se como um movimento social independente, que incluiu, em seus princípios, “o desenho de um novo modelo de serviços que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço” (BARROS, 1996, p. 1).

Essa luta pela cidadania necessita de uma redefinição política e ética do espaço público que garanta o direito à diferença. Diferença pautada no direito de não sermos iguais uns aos outros, de termos nossas próprias indagações, escolhas e projetos. Direito a sermos sujeito.

Corroborando essa afirmação, Saraceno aponta que “a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.” (SARACENO, 1999, p. 18)

Segundo Lobosque (1997), a prática antimanicomial deve se guiar por três princípios:

- 1- Princípio da singularidade – este princípio não se deixa dissolver por um ideário individualista, nem se faz amarrar por perspectivas de unidade ou totalização. Pelo contrário, busca produzir um coletivo de grande expressividade, constituído pela articulação de diversas singularidades.
- 2- Princípio do limite – este princípio denuncia como excludentes todas as espécies de limites que nossa cultura impõe ao que a loucura possa ter de excessivo ou desordenado.
- 3- Princípio da articulação – este princípio prega a articulação com os demais movimentos sociais que tomam posição política incisiva e clara em prol da cidadania, devendo estar

atento às descobertas mais recentes de diferentes disciplinas.

Essa articulação com os diferentes campos teóricos e movimentos sociais, a troca de experiências vivenciadas pelos diversos atores envolvidos na construção de uma nova prática em saúde mental e a realização de eventos são alguns dos fatores que contribuem para o fortalecimento do movimento.

Um evento importante para a história do movimento foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, quando aconteceu, pela primeira vez, a participação de entidades e representações da sociedade civil. Ela surgiu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e sua pauta abrangeu três temas importantes:

- 1- Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
- 2- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- 3- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Entre as recomendações importantes dessa Conferência, podemos citar o redirecionamento das

práticas em saúde mental, combatendo a “psiquiatrização” do social; a necessidade de participação da população não somente na elaboração e implementação das políticas de saúde mental, como também no processo decisório e a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares. Neste sentido, Amarante (1995, p. 99) nos traz que “a I CNSM marca o fim da trajetória sanitarista e o início de outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”.

Para esse autor, “o novo cenário tem algumas características novas. A principal delas é o reconhecimento/surgimento público de um novo ator no movimento pela reforma psiquiátrica: as associações de usuários e familiares” (AMARANTE, 1995, p. 88). Com a incorporação desses novos atores na transformação das práticas psiquiátricas, o MTSM perde a sua marca. Ele deixa de pertencer somente aos trabalhadores e abre suas asas para a sociedade, sob a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” e passa a se intitular Movimento da Luta Antimanicomial.

Nesse sentido, pode-se corroborar com a afirmação de que

na esteira do movimento social que vem se desenvolvendo em prol da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o projeto político para a saúde mental parte de avanços legislativos, de leis e projetos

que promovem a cidadania de pessoas acometidas de transtorno mental, das experiências locais de novos modelos de atenção à saúde mental e de novas formas de financiamento de recursos assistenciais alternativos ao hospital psiquiátrico” (BARROS, 1996, p. 43).

Um evento importante que vem contribuir na transformação da assistência em saúde mental é a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em novembro de 1990. Foi patrocinada pelas Organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e contou com a participação dos Ministérios da Justiça, Saúde e Seguridade Social, parlamentares e outras forças políticas dos países envolvidos.

A Declaração de Caracas aponta questões importantes e norteadoras para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, como vemos a seguir:

- Promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
- Revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

- Salvaguarda da dignidade pessoal e dos direitos humanos e civis dos pacientes através de recursos, cuidados e tratamentos racionais e tecnicamente adequados, propiciando a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

- Ajustamento das legislações dos países, assegurando o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e promovendo a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam o cumprimento das legislações;

- Capacitação dos recursos humanos em saúde mental e psiquiatria de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

- Compromisso das organizações, associações e demais participantes da Conferência para advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Em dezembro de 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, resultado de longo processo democrático e de vários eventos realizados anteriormente, por meio da mobilização de diferentes atores sociais nas diversas

conferências municipais, regionais e estaduais que antecederam o evento. Ela teve, como indicador de mudança, a participação efetiva dos usuários na realização do evento, propiciando o surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, que transformou as relações e as trocas entre todos os participantes. Os grandes temas sobre os quais se centraram as deliberações foram a rede de atenção em saúde mental; a transformação e o cumprimento de leis; o direito à atenção e o direito à cidadania.

Essa Conferência configurou-se como o marco decisivo para os novos rumos da assistência psiquiátrica em nosso país. “É quando a psiquiatria e as instituições psiquiátricas deixam de ser propriedade exclusiva de psiquiatras e de profissionais de saúde ou ainda, quando as discussões sobre a loucura e o sofrimento psíquico deixam de ser objetos privados dos técnicos e administradores, para serem assumidas enquanto questões de vida, dos direitos das pessoas, da cidadania” (AMARANTE, 1992, p. 4).

Como uma das deliberações, fica definida a elaboração da Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental no Brasil, aprovada como um pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas. Essa carta, na qual são resgatados os direitos civis, sociais,

assistenciais e políticos dos usuários e familiares, foi elaborada em Santos, em 1994, no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Segundo Capistrano Filho (1997, p. 154), “essa carta representa uma importante conquista dos doentes mentais em nosso país. Ela nos faz confiar numa perspectiva de mudança ao mesmo tempo em que revela, em cada um dos seus princípios, um pouco da história de dor e exclusão que tem marcado a vida da maioria dessas pessoas em nossa sociedade”.

No ano de 1996, no IV Encontro Nacional dos Usuários e Familiares, em Franco da Rocha (SP), a Carta dos Direitos dos Usuários e Familiares foi revista e passou a se chamar Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares. A mudança evidenciou um amadurecimento social e político desses atores envolvidos no movimento da reforma psiquiátrica.

Em dezembro de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. Essa conferência, organizada nove anos após a II Conferência, configurou-se como instância importante de avaliação da reforma psiquiátrica brasileira nos últimos anos. Contou com a participação expressiva dos diversos atores envolvidos na discussão da assistência em saúde mental, entre eles, usuários, familiares, profissionais de saúde, gestores, formadores de

recursos humanos e políticos. Teve como temário central a reorientação do modelo de atenção em saúde mental. Para que essa conferência pudesse cumprir o papel a ela definido, temas fundamentais como financiamento, controle social, recursos humanos, cidadania e direitos dos usuários nortearam as suas discussões.

Esse percurso histórico fez-se necessário para entender que, subjacente à formulação das políticas públicas, há movimentos sociais que lutam por mudanças e transformações, desde a concepção do que é ser “doente mental”, passando por participação popular, até a configuração de novos cenários assistenciais e territoriais em saúde mental. É nesse contexto que se inclui a participação de usuários e familiares na organização dos serviços que compõem a rede de saúde mental.

Até alguns anos atrás, a voz das famílias e dos usuários era calada por um movimento opressor dos técnicos e instituições hospitalares, que definiam a exclusão social do louco. Com a reforma psiquiátrica, surgem novos protagonistas no movimento: os usuários e familiares. “Com esse novo protagonismo delinea-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/ doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade,

construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do MTSM” (AMARANTE, 1995, p. 130).

A partir das novas propostas assistenciais da reforma psiquiátrica, as famílias organizam-se em associações de familiares e/ou usuários dos serviços de saúde mental. Segundo Sommer citado por Lougon e Andrade (1995, p. 515), “o movimento de familiares de doentes mentais surge nos EUA como uma resposta à política de desinstitucionalização, na medida em que esta devolveia às famílias a maioria dos cuidados com seus membros doentes... Uma segunda causa do surgimento do movimento envolve a necessidade de retirar a culpa e o estigma lançados sobre as famílias pelas teorias sociogenéticas”. No Brasil, as associações surgem no bojo da Reforma Psiquiátrica e se organizam contra ou a favor das propostas preconizadas por esse movimento.

A organização dos familiares e usuários dentro dessas associações fez com que o movimento da reforma psiquiátrica introduzisse atores importantes nas suas discussões sobre a assistência prestada ao doente mental. Se algumas dessas associações assumem as discussões sobre as propostas da reforma psiquiátrica, buscando resgatar o direito tolhido ao louco sobre a vida e a liberdade, outras lutam para que seja mantido

o modelo hospitalocêntrico de assistência. Resta compreender o que motiva os familiares a participarem de uma determinada Associação.

Entre as Associações que defendem a reforma psiquiátrica, encontramos um grande número de usuários dos serviços de saúde mental que discutem desde a falta de medicamentos nas instituições públicas de saúde e o tratamento a eles dispensado até questões políticas mais amplas, que envolvem a reorganização da assistência em saúde mental no Brasil. O usuário passa a ser sujeito de sua própria história, passando a reivindicar direitos e contribuir para a construção de uma nova prática em saúde mental.

Contraditoriamente, existem as associações que contam com a presença maciça de familiares e que lutam pela manutenção do modelo hospitalocêntrico de atendimento, fazendo clara oposição ao projeto de lei do deputado Paulo Delgado. Esse projeto foi apresentado ao Congresso em 1989 e dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais, além de regulamentar sobre a internação compulsória.

Para Bezerra Júnior, esse projeto

não institui um modelo terapêutico, não desaparece com as

internações, não propõe a ressocialização compulsória dos milhares de brasileiros há anos internados – apenas põe uma pedra no processo de reprodução da situação horrorosa que hoje vigora¹. Nada garante acerca da qualidade da assistência, mas aumenta as possibilidades de reforçar as experiências mais bem sucedidas. Deixa intactas questões cruciais como a garantia dos direitos daqueles que a sociedade transformou em população asilar, ou a necessidade de novos currículos na formação dos profissionais. Mas oferece pela primeira vez um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes. (BEZERRA JÚNIOR, 1992a, p. 36).

Enfim, esse projeto inaugurou uma série de discussões sobre a assistência psiquiátrica no Brasil e fez com que as pessoas passassem a se organizar contra ou a favor das disposições nele presentes.

No entender de Nogueira e Morgado (1998, p. 623), “temos que louvar a iniciativa do Deputado Paulo Delgado, pela ousadia com que propôs uma mudança radical na assistência psiquiátrica brasileira, sacudindo as estruturas arcaicas em que se assentavam, mobilizando paixões e aflorando ideologias, cuja bandeira principal

¹ Atente-se ao fato de que o autor toma por ‘hoje’ o início da década de 90. Atualmente, com a concretização de várias propostas de Reforma Psiquiátrica temos um cenário no qual instituições hospitalares continuam existindo, mas já não atuam com o modelo asilar, de sequestro. Some-se a isto o surgimento de diferentes espaços de cuidados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência dentre outros.

levantava a defesa dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental”. Para esses autores, o projeto serviu para estimular a discussão sobre os rumos da assistência psiquiátrica, mas, segundo eles, tornava-se necessária a criação de um projeto que contasse com a participação da sociedade e atendesse aos seus interesses.

No Senado Federal, o projeto Paulo Delgado recebeu pareceres dos senadores Lúcio Alcântara e José Paulo Bisol antes de ser submetido à votação. Recebeu uma emenda que dispunha sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por outros recursos assistenciais, garantindo que a desativação dos manicômios só seria efetuada se fossem criados os serviços alternativos de atendimento. Entretanto o Senador Lucídio Portella apresentou um projeto substitutivo que dispunha sobre a manutenção do modelo manicomial de assistência ao doente mental, evitando, no seu entender, com a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, a ocorrência de um colapso no atendimento prestado a esse grupo populacional com o fim dos hospitais psiquiátricos. Para Nogueira e Morgado (1998, p. 624), “pode-se até dizer que esse é um projeto reacionário, muito conservador e que esteja mais ao gosto da política neoliberal, já que agrada os donos dos hospitais psiquiátricos, e que

surgiu não em consequência de interesse prioritário de melhorar a assistência psiquiátrica, mas como uma alternativa ao projeto Delgado”. Era, portanto, um projeto que deveria ser revisto e melhorado já que surgiu apenas como oposição ao projeto do deputado Paulo Delgado, atendendo ao interesse de donos de hospitais, sem a preocupação de discutir e viabilizar mudanças na assistência psiquiátrica brasileira.

Os dois projetos foram votados pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado em 23/11/1995, sendo que o projeto do Senador Lucídio Portela ganhou por 18 votos a favor e 4 contra. O parecerista do projeto do Senador Lucídio Portela foi o Senador Sebastião Rocha. O texto apresentado por esse senador foi aprovado pelo plenário do Senado em 20 de janeiro de 1999 e foi enviado à Câmara Federal como Substitutivo do Senado.

A Câmara pôde optar, então, entre o projeto Paulo Delgado e o Substitutivo do Senado, sendo que este foi o votado. O projeto foi encaminhado à sanção presidencial e transformado em lei em 6 de abril de 2001.

Para Macedo (1996, p. 150), diretora da Associação dos Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Estado do Rio de Janeiro, “a situação das famílias é de muita dificuldade porque, para a maioria dos doentes, o fechamento dos hospitais significa condená-

los à rua e à desassistência, porque os recursos comunitários disponíveis praticamente inexistem”. Essa autora propõe a criação de hospitais-dia, hospitais-noite, pensões protegidas e centros de saúde mental, antes de se pensar em fechar os hospitais psiquiátricos. Propõe, ainda, a distribuição gratuita de medicamentos e programas especiais para os pacientes crônicos. Expõe, claramente, a divergência e o antagonismo entre os mentores da reforma psiquiátrica e as famílias, afirmando que “as autoridades públicas e um pequeno grupo de profissionais de saúde mental, influenciados por Basaglia, tomaram como bandeira o fim do manicômio [...] o movimento de familiares surge para fazer frente ao que chamamos de Desospitalização Irresponsável, que representa ameaça de desassistência com o fechamento dos hospitais”.

É importante salientar, neste momento, o desconhecimento das propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica pelos familiares de usuários dos serviços de saúde mental. As propostas citadas por Macedo (1996) coincidem com os ideais da reforma. O que leva, então, essas famílias a se organizarem nas diferentes associações, de maneira tão contraditória?

O Projeto de Lei Paulo Delgado criou as condições para que, em 1992, fosse divulgada a Portaria GM 224/92, instituindo oficialmente os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) nos quais se descrevem serviços regionalizados que buscavam oferecer um cuidado intermediário, criando uma territorialização para o atendimento em saúde mental. Atendido mais próximo de sua casa, de sua comunidade, as idas e vindas, tantos dos usuários desses serviços quanto de seus familiares, ficam facilitadas.

Em 2002 com uma nova portaria (336/2002), os CAPS passam a fazer parte da rede de cuidados do SUS e são instituídos como a porta de entrada para todo o sistema de atenção em saúde mental. E, assim, no lugar de serviços substitutivos ao manicômio vai surgindo a necessidade de se pensar toda uma rede comunitária de cuidados substitutiva (BRASIL, 2004).

São nesses novos serviços que o protagonismo da família vai encontrando alguma possibilidade de se estabelecer de forma concreta como tal. Surgem, nesses serviços, as experiências de acolher não apenas o portador de transtorno mental em crise, mas também seus familiares e lhes proporcionar um espaço de discussão, de aprendizagem, de compartilhamento de suas experiências (VIANNA et al., 2009).

Nesse processo de construção de novas possibilidades de cuidar, aos poucos, vai-se delineando a necessidade de um trabalho em rede, no qual os

muitos dispositivos de cuidados e os diferentes serviços vão se aproximando da realidade das famílias. Mais especificamente, quando as Equipes de Saúde da Família vão se apropriando de seu território, elas vão se deparando com familiares de doentes mentais, por vezes famílias inteiras, também adoecidas e sofridas, às voltas com uma realidade de cuidar de seu parente sem muitas vezes reunir as condições (de toda natureza) necessárias para fazê-lo.

Muito do que anteriormente se apresentava como oposição das famílias vai sendo reconfigurado e renomeado como desconhecimento, insegurança, dificuldades financeiras, dificuldades logísticas, sobrecarga, dificuldades diversas que passam a aparecer nas falas dos familiares dos portadores de sofrimento mental (COLVERO, IDE, ROLIM, 2004). Nessa condição, não raro, encontram-se famílias que necessitam de apoio, mas também que requerem algo mais que isso. Não se pode desconsiderar, entretanto, que se há uma via possível para se articular e pensar o cuidado e a família de portadores de sofrimento mental, essa, sem dúvida, só encontra lugar na parceria que se estabelece entre profissionais, gestores, usuários e familiares.

Um estudo recente mostra a sobrecarga objetiva e subjetiva de familiares cuidadores de pessoas com

sofrimento mental e, como conclusão, as autoras desse estudo afirmam que é importante para a formulação e avaliação de políticas públicas considerar a participação dos familiares e a sobrecarga deles ao assumirem esse papel. Destacam-se ações como a implantação de grupos, visitas domiciliares e auxílio para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da sobrecarga a fim de melhorar a qualidade de vida também dos familiares (BARROSO, BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Acreditamos, portanto, que é preciso considerar a família como também necessitando de ser cuidada, escutada naquilo que mais lhe incomoda e inquieta, para além das orientações sobre como lidar, sobre o comportamento, sobre medicações, trata-se de um cotidiano de compartilhamento e troca.

A experiência docente nos mostra que os familiares de pacientes atendidos em serviços substitutivos de saúde mental, muitas vezes, aceitam o que é proposto nos projetos terapêuticos, outros relutam em aderir, aceitam aparentemente, mas as ações necessárias não são implementadas em seu cotidiano. Não se conformam, por exemplo, com o fato de o paciente estar em uso de pouca medicação; partem em busca de profissionais de outros serviços para alterar a conduta, quando não o fazem por conta própria. Muitas vezes, insistem em uma internação que não se justifica do ponto de vista clínico.

Os familiares vivenciam situações, na vida cotidiana, repletas de significações em seus relacionamentos com a pessoa em sofrimento mental. Cabe aos profissionais identificar essas significações de modo a produzir sentido para suas ações, bem como para os usuários e para os familiares.

Como afirmam Schrank e Olschowosky: “No CAPS, a inserção da família também se constitui como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve apoiar-se na desconstrução da ideia de estar só no enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida: trabalho, lazer, moradia entre outros”. (SCHRANK; OLSCHOWOSKY, 2008, p. 133).

Contra ou a favor da reforma psiquiátrica, a família surge no cenário da saúde mental brasileira, seja na formulação das políticas públicas, seja, mais diretamente, na assistência, passando a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas. “Com certeza, a família passou da condição de cúmplice para a de protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas de qualquer forma ‘senso’, e não é mais simplesmente ‘usada’ como cúmplice ou como vítima” (SARACENO, 1999, p. 103).

Portanto, há que se considerar os sentimentos e posicionamentos de famílias que convivem cotidianamente com a pessoa em sofrimento mental, de modo que nos serviços de saúde mental sejam fortalecidas as relações com os familiares, entendendo que são relações necessariamente abertas ao diálogo para a consolidação de um projeto terapêutico possível.

Referências

AMARANTE, P. Novos tempos em saúde mental. **Saúde Deb**, n. 37, p. 4, 1992.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. Tese - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1996.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.34, n.6, São Paulo, 2007.

BEZERRA JÚNIOR, B. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA JÚNIOR, B; Amarante P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:**

contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992, Cap. 1, p. 31-7.

BIRMAN J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR B; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. Cap. 3, p. 71-90.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1989.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei n. 10216, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 86p.

CAPISTRANO FILHO, D. Um passo à frente. In: Conselho Regional de Psicologia 6ª Região. **Trancar não é tratar: liberdade: o melhor remédio**. 2. ed. São Paulo, 1997.

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

DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: Conselho Regional de Psicologia 6ª Região. **Trancar não é tratar: liberdade: o melhor remédio**. 2. ed. São Paulo, 1997.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOUGON, M.; ANDRADE, M.S. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. **J Bras Psiq**, v. 44, p. 515-8, 1995.

MACEDO, V.G.G. As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. **Inf Psiq**, v. 15, n. 4, p. 150-1, 1996.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental.** Dissertação - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1998.

NOGUEIRAAB, MorgadoAF. Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. **J Bras Psiq**, v. 47, n. 12, p. 619-25, 1998.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A, COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1990. Cap. 1, p. 16-73.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.

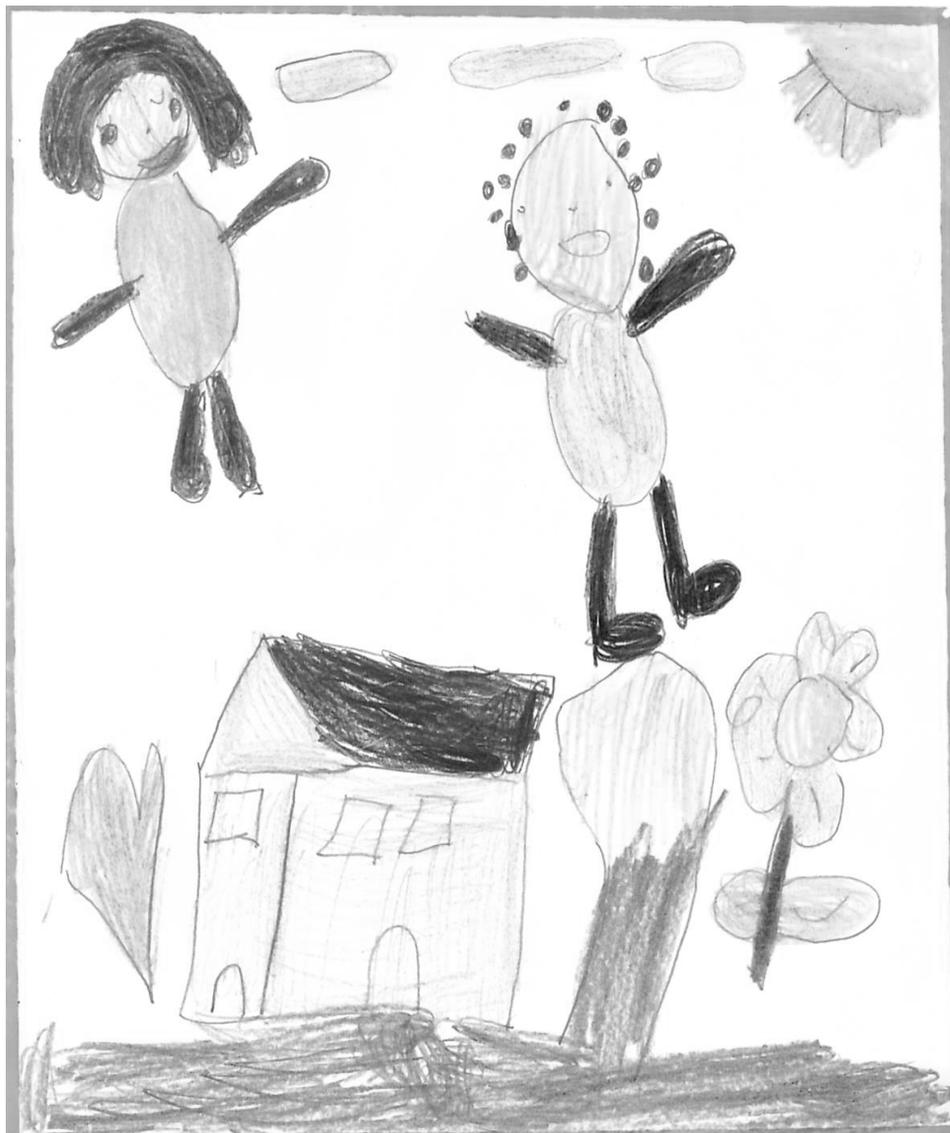
SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p. 127-34, 2008. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. acesso em: 20 mai. 2013

SILVA, A.D. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil:** décadas de 60 e 90. Belo Horizonte: EEUFMG; 1999. (Mimeografado).

VIANNA, P.C.M., SILVA, T.C., XAVIER, H.C., TEIXEIRA, L.L., VILAÇA, L.V. Grupo de familiares: espaço de cuidado para as famílias de portadores de sofrimento mental. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, p. 607-614, 2009.

Capítulo III

SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS



Desenho: Rosane Aparecida da Paixão

CAPÍTULO III

SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

Bruno Vasconcelos de Almeida

Luiz Augusto Lima de Ávila

O terror que se inoculou se expressa, em muitos casos, como uma paralisia do pensamento. Assim, vemos desfilar essas personalidades que carregam um corpo que não se arrisca para o gozo e um pensamento que não se arrisca para a criação. (SAIDÓN, 2008, p.111).

O presente capítulo discute a conectividade saúde mental e direitos humanos. O ponto de partida é o desenho da gênese histórica de constituição dos direitos humanos, desde quando entendidos como direitos naturais até o momento pós Auschwitz, quando sua dimensão política se efetiva em relações imanentes nos jogos de força sociais e de direitos. A identificação do louco com Napoleão desemboca na indignação contemporânea, exemplificada pelo panfleto de Stéphane Hessel. Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica avançou e favoreceu a produção de um novo escopo legal no campo da saúde mental. O capítulo realiza uma breve análise da Lei 10.216/2001 e de outras legislações pertinentes à saúde mental, com o objetivo de percorrer os caminhos de fortalecimento da cidadania no que tange à área da

saúde. Do ponto de vista conceitual, considera-se a importância das ideias de Hanna Arendt ao problematizar a ruptura nos direitos humanos; e de Gilles Deleuze, ao afirmar a singularidade da jurisprudência. Por último, abordam-se dois problemas da conectividade saúde mental e direitos humanos nos dias atuais: a produção de saúde nas clínicas de rua e a figura da cronicidade.

A interface saúde mental e direitos humanos parece natural aos olhos de um contemporâneo; só se pode promover e produzir saúde respeitados os direitos humanos, os direitos sociais e os direitos à vida. Mas nem sempre foi assim, a história humana é recheada de violência, torturas, suplícios, assassinatos, etc. A lista dessas violências é imensa. A Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776), a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) prepararam o terreno para o surgimento de políticas efetivas de resgate e respeito aos direitos humanos.

O desenvolvimento das políticas de saúde, especialmente a partir da criação dos sistemas nacionais de saúde, favoreceu o surgimento de condições para a assistência em saúde de caráter universal, equânime e integral. A saúde mental testemunhou a luta por uma assistência que reabilitasse a dignidade do cidadão portador de sofrimento psíquico. Dispositivos, modos de atenção e

cuidado, gestão de programas e serviços, reinserção e reabilitação propiciaram um novo lugar para a cidadania.

Novos perigos espreitam a conectividade saúde mental e direitos humanos, a saber: medicalização excessiva, judicialização da saúde e da vida, capsização com porta de entrada e sem porta de saída, pessoas capturadas na equivalência com objetos de consumo.

A epígrafe deste capítulo, extraída de um texto de Osvaldo Saidón (2008), remete à condição daqueles que sofreram as violências do estado quando das ditaduras latino-americanas. Resquícios da violência organizada sobrevivem no cotidiano.

Em uma forma ou outra, seja a violência cronicante dos hospitais psiquiátricos e de alguns modelos de saúde, seja o terrorismo de estado na América Latina, a conectividade da saúde mental com os direitos humanos aponta para múltiplas indagações éticas e políticas: como viver juntos, como cuidar em saúde, como estabelecer uma relação com o estado que não seja infame. O capítulo que se segue problematiza alguns aspectos da interface saúde mental e direitos humanos.

De Napoleão ao ‘Indignai-vos!’ de Stéphane Hessel

A gênese histórica dos direitos humanos contempla os esforços de inúmeros pensadores para definir os direitos naturais das pessoas e a realização de campanhas internacionais como, por exemplo, a abolição da escravatura. O atual movimento dos direitos humanos iniciou-se ao final da Segunda Guerra Mundial como reação às atrocidades e à barbárie do holocausto.

A figura de Primo Levi, químico e escritor italiano deportado para o campo de concentração de Auschwitz em 1944, sobrevive como fonte inesgotável de inquietação, quando perguntamos pela humanidade de cada um, por aquilo que sobrevive do homem nos limites da experiência de judeus presos nos campos, em especial aqueles conhecidos como muçulmanos. A vasta literatura do horror dos últimos setenta anos engloba a memorialística de guerra, os relatos de atrocidades e riscos, os relatórios redescobertos com registros de torturas, mortes e genocídios.

A curiosa história da psiquiatria moderna nos informa seu nascimento e expansão inicial no período monárquico e no terror daí originado. A chegada dos restos mortais de Napoleão à França coincide com a multiplicação de homens que se acreditavam Napoleão, portadores de

sua cabeça, monomaníacos orgulhosos, estridentes, falastrões (MURAT, 2012).

O cenário da Revolução Francesa compõe igualmente um dos planos de fundo do nascimento dos direitos do homem, *les droits de l'homme*. O termo 'direitos do homem' foi usado somente após 1789. De acordo com Hunt (2009, p.19), os direitos humanos, *human rights*, requerem três qualidades: devem ser naturais (inerentes nos seres humanos), iguais (os mesmos para todo mundo) e universais (aplicáveis por toda parte). Do ponto de vista da experiência histórica, os direitos humanos foram construídos ao longo de processo que se inicia com a Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776), passando pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), e culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

Enunciados não coincidem com a efetivação materializada das práticas. Uma declaração leva tempo para que se distribua no conjunto das formações sociais. O escopo legal da invenção dos direitos humanos não coincide com sua implantação e reconhecimento enquanto modos de experimentar direitos, autonomia e liberdade.

Em termos históricos a inclusão de crianças, loucos, prisioneiros e estrangeiros no âmbito dos direitos

universais é algo bastante recente, e as três qualidades atribuídas aos direitos humanos, qualidades acima relacionadas, são um tanto quanto insuficiente. Hunt (2009, p.19) afirma que os direitos se tornam significativos quando ganham conteúdo político, inserem-se na vida social e coletiva, e requerem ao mesmo tempo participação ativa daqueles que os detém.

Liberdade, autonomia, autoafirmação, inviolabilidade dos corpos, capacidade de julgamento moral, igualdade constituem pontos e perspectivas que vieram ao longo dos últimos trezentos anos, delineando o campo dos direitos humanos, ao mesmo tempo em que se redefiniram modelos de coexistência político-sociais.

A invenção dos direitos humanos no contexto dos processos históricos que conduziram ao desenho cristalizado da discussão atual pode ser ilustrada no texto inicial da Declaração da Independência e nos primeiros artigos da Declaração Francesa e da Declaração Universal:

Consideramos estas verdades autoevidentes: que todos os homens são criados iguais, dotados pelo seu Criador de certos Direitos inalienáveis, que entre estes estão a Vida, a Liberdade e a busca da Felicidade. (DECLARAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA, 1776).

Os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. As distinções sociais

só podem ser baseadas na utilidade comum. (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO, 1789).

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir uns para com os outros num espírito de fraternidade. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

A igualdade está postulada como ponto de partida autoevidente e os valores da liberdade e da vida são comuns. A Declaração da Independência postula a busca da felicidade e a Declaração Universal o espírito de fraternidade. A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão postula que as distinções sociais só podem ser baseadas na utilidade comum.

A lista de direitos é dividida em duas categorias: direitos civis e políticos, de um lado, e direitos sociais e econômicos, por outro. Os primeiros protegem o indivíduo contra o poder do estado: direito à vida, liberdade, segurança pessoal, o direito de não ser torturado ou submetido a tratamento ou castigo cruel, o direito à não invasão na privacidade, a igualdade diante da lei, o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião. A segunda categoria inclui o direito à educação, segurança social, trabalho e padrão de vida

adequado para a saúde e o bem-estar. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Um sentimento de fraternidade, um espírito de solidariedade, a ciência da indiferença como a pior das atitudes fez com que Stéphane Hessel, judeu nascido na Alemanha e naturalizado francês, único sobrevivente dos doze homens que redigiram a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicasse um panfleto em 2010, após sua estadia de dois anos na Palestina, intitulado *Indignai-vos!*

O texto consiste de um alerta sobre a situação de indiferença em relação à vida e à política. Hessel afirma que ao seu tempo tinha inúmeros motivos para se indignar: o nazismo, a barbárie, o campo de concentração, entre outros. O panfleto é dirigido à juventude europeia, com fins de estimulá-la a perseguir no combate pela manutenção das conquistas sociais e no enfrentamento das ditaduras dos mercados financeiros que, segundo o autor, ameaçam a paz e a democracia.

Hessel postula a insurreição pacífica contra os inúmeros problemas enfrentados atualmente nas sociedades: da concentração de renda à imigração, dos mercados às garantias da seguridade social. O autor fala em redes e as compara ao modo de organização da resistência francesa. Note-se que o percurso de Hessel em prol

dos direitos humanos, sua participação em momentos pontuais da história recente, e seu papel na elaboração da Declaração Universal fazem dele um homem singular. O panfleto tornou-se best-seller, lido em praticamente todos os países europeus. *Indignai-vos!* problematiza nossa relação com a história e com a luta pelos direitos humanos. Por que ainda vivemos tão precariamente seus postulados? Vejamos a seguir o caso da saúde mental no Brasil.

Saúde Mental e Direitos Humanos no Brasil: perspectivas em torno da Lei 10.216/01

Ao final da ditadura militar, o Brasil iniciou o processo constituinte que resultaria na sétima constituição brasileira, a Constituição de 1988. No esteio das mudanças, o país produziu documentos e leis que tiveram importante papel na recuperação de direitos e no estabelecimento de práticas educativas da cidadania. Entre estes, encontramos o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90), a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), conhecido como ECA.

Desenvolveram-se no interior da sociedade brasileira, de maneira bastante rica e diversificada, inúmeros debates no campo social, especialmente na seguridade, isto é, na previdência, na assistência social e na saúde.

O Movimento Sanitário e a Reforma Psiquiátrica favoreceram a determinação da saúde como dever do estado e direito do cidadão. No campo da saúde mental, até então, não existia o paciente como sujeito político. Enunciados científicos, discursos corporativos, saberes estratégicos, compunham os cenários da assistência para os doentes, com claro predomínio do modelo médico, hospitalar e manicomial.

A Lei 10.216/01 contempla em seu artigo primeiro a garantia, sem qualquer forma de discriminação, dos direitos e da proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. O artigo segundo dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental. O artigo terceiro aponta a responsabilidade do estado no desenvolvimento de uma política de saúde mental. Na sequência o artigo quarto trata da internação, somente justificável quando esgotados os recursos extra-hospitalares. Vale lembrar que é vedada a internação em instituições com características asilares. Já o artigo quinto trata dos pacientes com grande dependência institucional, para os quais é necessária uma política específica. (BRASIL, 2001).

Na sequência encontramos ainda os seguintes dispositivos: a internação psiquiátrica se fará mediante laudo médico que caracterize seus motivos, através de três formas, voluntária, involuntária e compulsória;

a internação voluntária depende de declaração por escrito; a voluntária e a involuntária serão autorizadas por médico com registro no Conselho Regional de Medicina; a internação psiquiátrica involuntária, assim como a alta, deve ser comunicada ao Ministério Público; já a internação compulsória é determinada pelo juiz competente; ocorrências como evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica e falecimento devem ser comunicados aos familiares ou seu representante legal, bem como à autoridade sanitária no prazo máximo de vinte e quatro horas; por último, pesquisas científicas dependem do consentimento expresso do paciente. (BRASIL, 2001).

O longo debate estabelecido na sociedade brasileira, entre o projeto de lei 3657/89 e a lei 10.216/01, resultou na mudança da legislação e na transformação do lugar do 'louco' na vida pública. Cidadania, direitos, restrições à internação, respeito à pessoa humana são valores presentes no quadro das transformações no campo da saúde mental. Na sequência, estabelecemos um breve levantamento dos decretos, leis e portarias, que implicaram significativas mudanças no reconhecimento e na cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais.

Outras legislações em Saúde Mental

Uma das possibilidades de se pensar as interfaces entre saúde mental e direitos humanos é o campo de aplicação jurídica, em que leis, portarias e resoluções produzem eixos normativos do ordenamento de políticas públicas, em especial no âmbito da seguridade social. Neste sentido, encontra-se relacionado na sequência um pouco da produção legal originada no Sistema Único de Saúde, bem como no Conselho Nacional de Justiça e no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com o objetivo de fortalecer as condições reais para a cidadania de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental.

Para fins de organização do complexo jurídico em torno das aproximações entre saúde mental e direitos humanos, dividimos a sequência em leis, decretos, portarias e resoluções. Da mesma forma, estabelecemos o critério cronológico tendo como ponto de partida a Lei 10.216/2001, comentada acima, e que se constituiu como marco divisor na política de saúde mental no Brasil.

Dois anos após a Lei 10.216/2001, a Lei 10.708/2003 instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internação psiquiátrica, internação superior a dois anos ou ainda pacientes oriundos de hospitais de custódia pelo mesmo prazo. A medida reforça o

programa denominado ‘De Volta Para Casa’ e visa ao acompanhamento e integração social de pacientes acometidos de transtornos mentais. Efetivou-se, com esta lei, o recurso mínimo para reabilitação psicossocial, estratégia esta que atende ao resgate de direitos básicos para cidadãos submetidos às violências dos poderes disciplinares, exemplificados pelos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003). Na prática, o dispositivo acima constituiu importante estratégia de financiamento para a saída do manicômio e retorno à vida social de pacientes com longos anos de internação.

Em 14 de setembro de 2012, a presidente do Brasil promulgou a Lei 12.714/2012, que dispõe sobre o sistema de acompanhamento da execução das penas, da prisão cautelar e da medida de segurança, com a exigência do sistema informatizado e com os registros da execução, dados da prisão e da medida de segurança, para internação ou prisão. A inflação das medidas de segurança e o não acompanhamento do sistema legal produziram violações no âmbito dos direitos humanos e da política de saúde mental.

O Decreto Número 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, e que dispõe sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, prevê que, nas Redes de Atenção à Saúde, seja contemplada a atenção psicossocial, inclusive como porta de entrada

às ações e serviços. Trata-se de estratégia de efetivação da assistência no âmbito territorial ou, no máximo, em perspectiva regional. Vale lembrar que o manicômio ficava afastado da cidade e inscrevia no corpo do chamado louco o isolamento e a exclusão. As lógicas do território favorecem o desenvolvimento da cidadania, bem como propicia a criação de redes pessoais e de assistência.

A Portaria MS/GM Número 52/2004 instituiu o programa de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma estratégia de redução do número de leitos psiquiátricos, da obrigatoriedade de organização da assistência, incluindo a instalação de equipes adequadas, bem como estabeleceu prazo para a reorganização da atenção em saúde mental em hospitais gerais.

A Portaria MS/GM Número 246/2005 destina incentivo financeiro para a implantação de serviços residenciais terapêuticos, serviços estes que acolhem pessoas com longo histórico psiquiátrico, pessoas com passagens pela saúde mental e sem moradia, usuários de álcool e drogas sem referências familiares, sociais ou outras. A residência terapêutica tem importância estratégica na Reforma Psiquiátrica; foi uma das formas encontradas para a saída do hospital psiquiátrico e um meio para

que os cidadãos tivessem residência, espaço de vida e convivência.

A Portaria MS Número 1.876/2006 trata de diretrizes para a prevenção de suicídio, respeitadas as competências das três esferas da gestão de saúde. As diretrizes implantadas de forma articulada preveem um conjunto de ações e estratégias de enfrentamento, nos âmbitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com linhas de cuidados integrais, mapeamentos epidemiológicos, políticas de comunicação, entre outras ações. Questão difícil do ponto de vista social, que atinge a população em geral, e de maneira análoga, aos portadores de sofrimento mental.

Já a Portaria Interministerial MS/SEDH Número 3.347/2006 instituiu o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Vale a pena considerar o trecho inicial do anexo que apresenta o Núcleo:

O 'Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental' é uma iniciativa do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos que visa ampliar os canais de comunicação entre o poder público e a sociedade, por meio da constituição de um mecanismo para o acolhimento de denúncias e o monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais, incluídas as crianças e adolescentes, pessoas com transtornos

decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, bem como pessoas privadas de liberdade. (BRASIL, 2006).

Ele é composto por instituições governamentais, universitárias e da sociedade civil. Entre seus objetivos encontra-se o de criar e fomentar redes de proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais. O Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental tem funções de ouvidoria, monitoramento, articulação em rede e produção de conhecimento.

A Portaria MS/SAS Número 501/2007 criou o PNASH/Psiquiatria, isto é, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares. O programa, além de proceder à avaliação e qualificação dos hospitais psiquiátricos, prevê igualmente o planejamento do processo de reintegração social dos pacientes e das altas, bem como a expansão dos serviços extra-hospitalares. Essa portaria é de grande importância, dado o conhecido quadro dos hospitais psiquiátricos brasileiros, seja do ponto de vista da infraestrutura, dos recursos humanos e da assistência prestada. Com o 'Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental' e com o PNASH/Psiquiatria assistimos ao fortalecimento da via institucional na Reforma Psiquiátrica e a um novo desenho para as políticas de saúde mental.

A Portaria MS/GM Número 3.237/2007 aprovou as normas de execução e financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde. Ela prevê execução, as fontes pactuadas do financiamento e a lista dos medicamentos padronizados, incluídos à medicação psicotrópica.

Quatro anos depois, o Ministério da Saúde, em 26 de dezembro de 2011, promulgou quatro portarias interligadas, a saber: Portaria MS/GM 3088; Portaria MS/GM 3089; Portaria MS/GM 3090 e Portaria MS/GM 3099.

A Portaria MS/GM Número 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A portaria descreve a rede de atenção psicossocial como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seu ordenamento, suas articulações e suas diretrizes. Ela apresenta a Rede funcionando através da articulação de serviços: 1 a Unidade Básica de Saúde (UBS) e seus pontos de atuação; 2 atenção psicossocial especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas modalidades; 3 atenção de urgência e emergência, com seus pontos de atenção; 4 atenção residencial de caráter transitório, utilizando seus pontos de atenção, como Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em

Regime Residencial; 5 atenção hospitalar em hospital geral e serviço hospitalar de referência; 6 estratégias de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos; 7 reabilitação psicossocial, com iniciativas de trabalho e renda.

A Portaria MS/GM Número 3.089/2011 instituiu recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), variando de acordo com o tipo, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD ou CAPS AD III. Nesta portaria fica instituído também um recurso financeiro variável de custeio para cada tipo de CAPS. A avaliação e o acompanhamento serão estabelecidos por meio de indicadores propostos pelo Ministério da Saúde. Esta portaria corrobora a reversão do modelo de financiamento da doença em prol do financiamento com lógica na produção e promoção de saúde.

A Portaria MS/GM Número 3.090/2011 alterou a Portaria Número MS/GM 106/2000, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e dispõe sobre novas implantações dos serviços e de seu funcionamento. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Eles terão duas modalidades de moradias, uma para pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização e outra para pessoas com transtorno mental, que necessitam de cuidados

permanentes devido à dependência de outras pessoas, em especial por comprometimento físico.

A Portaria MS/GM Número 3099/2011 refere-se a uma nova forma de financiamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), incorporando seus recursos ao teto financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade. Essa portaria também corrobora uma redistribuição dos recursos que favorece lógicas atentas à produção de saúde.

Em 25 de janeiro de 2012, a Portaria MS/GM 121 instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas, de caráter residencial e transitório. A Unidade de Acolhimento faz parte do componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, e deverá oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos a essas pessoas, quando em vulnerabilidade social e familiar. Os usuários serão acolhidos neste serviço segundo critérios da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Nesta mesma ocasião, outras duas portarias de interesse da Saúde Mental foram promulgadas, ambas tratando das equipes de Consultórios de Rua, a Portaria MS/GM 122 e a Portaria MS/GM 123.

A Portaria MS/GM Número 122/2012 definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultórios de Rua (eCR), seguindo as diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica. Contam com equipes multiprofissionais, desempenhando atividades in loco, com ações integradas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com os serviços de urgência e emergência, e demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial, quando o usuário necessitar.

A Portaria MS/GM Número 123/2012 vem complementar a Portaria de Número 122/2012, estabelecendo critérios para o número máximo de equipes de Consultórios de Rua (eCR) por município.

A Portaria MS/GM Número 130/2012 refere-se à redefinição do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 horas e seus aportes financeiros. O CAPS AD III deverá funcionar 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, oferecendo atendimento integral às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Poderá atender adultos, ou crianças e adolescentes, de forma separada ou conjunta, e poderá se constituir como referência regional, pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR).

Ainda se referindo ao atendimento integral às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, foi promulgada a Portaria MS/GM Número 131/2012, que trata do incentivo financeiro de custeio aos estados, municípios e ao Distrito Federal, para apoio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo as Comunidades Terapêuticas. Esses serviços devem ter caráter residencial e transitório. Para o recebimento desse incentivo o ente federado deverá contar com pelo menos um CAPS, preferencialmente um CAPS AD III, com pelo menos uma unidade de acolhimento adulto, um serviço hospitalar de referência e uma retaguarda de atendimento de urgência. Medida polêmica no que diz respeito às relações saúde mental e direitos humanos, pois traz de volta a questão das comunidades terapêuticas, com histórico de desrespeito e violações de direitos humanos em diversos estados do país.

A Portaria MS/GM Número 132/2012 refere-se ao incentivo financeiro de custeio direcionado aos programas de reabilitação psicossocial. A portaria contempla as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Para o recebimento desse incentivo, o ente federado deve desenvolver programa de reabilitação, estando inserido na Rede de Atenção Psicossocial do SUS, incluído no

Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde e em relacionamento de parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos. A geração de trabalho e renda se constitui como importante fator de reinserção social e um dos motores da reabilitação psicossocial.

A Portaria MS/GM Número 148/2012 definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O serviço hospitalar de referência para atenção ao usuário de que trata a portaria faz parte do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, devendo estar articulado aos outros pontos de atenção. A portaria incorpora o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental nos leitos em Hospital Geral, já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria MS/GM 2842/2010). Essa portaria foi alterada e acrescida pela Portaria MS/GM 349/2012, instituindo incentivos financeiros e de custeio instituídos na anterior portaria.

Por último, as resoluções. Em 05 de maio de 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária promulga a Resolução de Número 5, na qual são traçadas as diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, de forma coerente com a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

O Conselho Nacional de Justiça, na Resolução de Número 113, de 20 de abril de 2010, aborda a questão da medida de segurança, da pena privativa de liberdade e outras providências. Ela está em sintonia com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, ao abordar a medida de segurança, na qual o juiz deverá, sempre que possível, determinar políticas antimanicomiais, conforme preconizado pela lei.

Já o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em 30 de julho de 2010, estabeleceu a Resolução de Número 4, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Nessa Resolução, recomenda-se a adoção de políticas antimanicomiais junto aos pacientes judiciários e à execução de Medida de Segurança, devendo acontecer em serviços substitutivos, com acompanhamento psicossocial contínuo, com abordagem intersetorial, visando à inserção social do paciente judiciário. A resolução estabelece um prazo de 10 (dez) anos para o Poder Executivo, em parceria com

o Poder Judiciário, implantar o modelo antimanicomial e substituir o modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança.

Anotações em torno da conectividade ‘saúde mental e direitos humanos’

Uma das imagens da violação dos direitos humanos presente em nosso imaginário é aquela do pátio do hospital psiquiátrico com internos nus e caídos pelo chão. A imagem sinalizava o abandono e o descaso a que eram relegados pacientes portadores de sofrimento mental, assim como andarilhos, doentes, alcoolistas, homossexuais, transexuais e outros, incluindo presos políticos.

Hospícios se multiplicaram pelo Brasil e, na verdade, eram depósitos de exclusão e morte de pessoas sem cidadania. O início da Reforma Psiquiátrica ao final da década de setenta, e após o discurso Kennedy (1961), a reforma na Itália, as comunidades terapêuticas da Inglaterra, a psiquiatria de setor na França, entre outros movimentos de crítica e desconstrução das instituições totais, culminou em complexos processos de reinvenção da assistência e dos modelos de atenção à saúde.

A violação dos direitos humanos de pacientes portadores de sofrimento mental era observada com frequência e como regra, nas instituições e fora dela, e na ausência

de políticas que garantissem a assistência adequada. Em muitos casos a internação por prazo indeterminado desdobrava-se em internação até a morte. No Brasil, projetos de reabilitação psicossocial tiveram início nos anos noventa do século passado.

O leito psiquiátrico ainda sobrevive na política de saúde do país. A maioria foi substituída pela criação de centros de atenção psicossocial, com tratamentos ambulatoriais, permanência em hospitais-dia e centros de convivência, assistência domiciliar, políticas e programas de reinserção social.

Contudo, novas estratégias que eliminam a conectividade saúde mental e direitos humanos estão em curso, em especial duas produzem efeitos ainda não mensuráveis e de grande alcance no cotidiano de portadores de sofrimento mental: a judicialização da vida e da cidadania e a medicalização de comportamentos e existências.

A primeira diz respeito aos encontros infames (FOUCAULT, 2003) entre o cidadão e o Estado, entre o sujeito e o poder judiciário ou outro qualquer. Neles, até o sofrimento e a vida comum viram alvo da biopolítica que os captura no enredamento das malhas da lei. Já a segunda estratégia, a da medicalização, expressa no assalto do cotidiano através de relações entre a ciência, a indústria farmacêutica e o mercado, acaba por produzir

modos subjetivos de existência que não reconhecem a experiência singular, a tolerância ao sofrimento, a recusa de performances nas vidas profissional e amorosa.

Na história da loucura, reconhecemos as figuras da exclusão (FOUCAULT, 1991) e a tenebrosa lógica dos tratamentos (PESSOTTI, 1996; 1999). Longa história em que a ciência se afirmou pelo descaso absoluto no qual se jogavam destinos, vidas, existências. Os nomes da loucura variaram ao longo do tempo, classificações se renovaram e, contudo, não é possível encontrar uma linha que possa abranger um claro entendimento da experiência da loucura atravessando as épocas, isto é, a loucura tem a forma da história, das vicissitudes políticas e científicas e do radical abandono da figura do homem com sua solidão.

Aprópria ideia de vincular saúde mental e direitos humanos sinaliza significativas transformações na perspectiva ética que se desenha para o âmbito da assistência e da gestão da saúde mental no cenário mundial e, em especial, no Brasil. A separação, contudo, sinaliza riscos permanentes para as conquistas realizadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde e da vigência, no país, do maior período democrático da história republicana.

Ruptura nos Direitos Humanos e Jurisprudência: Hannah Arendt e Gilles Deleuze

Após a Primeira Guerra Mundial e com a ascensão do nazismo e do stalinismo, a Europa criou uma massa de homens 'supérfluos', excluídos socialmente e excluídos do universo do direito. Esses homens sem reconhecimento foram postos nos campos de concentração e trabalho forçado.

A ausência absoluta de uma normatividade jurídica apontou para o fim de certa ideia de homem presente ao longo da história do humanismo. A forma clássica da figura do homem esgotou suas possibilidades nos campos de concentração.

Neste contexto, apátridas, minorias, homossexuais, judeus e outros não tinham mais os direitos consagrados como inalienáveis. A naturalização dos direitos humanos cedia espaço ao entendimento, afirmado por Hannah Arendt (1906-1975), dos direitos humanos entendidos no contexto político e no espaço público, construído pelos homens e fundado na igualdade entre eles. Tratou-se de pensar a fundamentação dos direitos humanos na política e não na natureza (ARENDR, 1989).

Outro aspecto da crítica de Arendt diz respeito ao atrelamento dos direitos humanos ao contexto da soberania nacional e dos direitos nacionais. Contudo,

a autora avança ao recolocar o problema da seguinte maneira: reconstruir os direitos humanos mediante o reconhecimento do direito a ter direitos, para além das fronteiras nacionais e das limitações impostas pelo Estado.

Se a forma homem já dava sinais de arrefecimento desde Nietzsche (DELEUZE, 2005), uma nova ideia de subjetividade se delinaria como o desdobramento de um século bárbaro, onde o não reconhecimento de direitos, a tortura e a morte estariam presentes do início ao fim.

Deleuze (1925-1995), em seu Abecedário (1988/1989), fez uma afirmativa polêmica em torno dos direitos humanos quando afirmou que estes não tinham importância. Para ele, o que realmente importava era a jurisprudência. Ao se criar condições para uma nova situação de direitos políticos, a prática e o pensamento são colocados em questão, de forma a fazer valer o direito na sua vertente libertadora. Deleuze cita o exemplo do extermínio dos armênios pelos turcos; massacrados por estes e vítimas de desastres naturais, os armênios encontraram-se emparedados entre o extermínio e a sobrevivência precária.

A barbárie ultrapassou o campo discursivo e impôs seus efeitos na vida desprovida de sentido e de força. Criar a

jurisprudência é apostar no movimento de reinvenção da vida e do direito. As forças que compõem os processos de subjetivação são variáveis e sua natureza afirmativa ou destrutiva é dependente das composições e encontros que estabelecemos na vida.

Vale notar que Hannah Arendt e Gilles Deleuze recolocaram o problema dos direitos humanos ancorados nas forças esmagadoras da violência institucional e da barbárie, e que estas, de maneira definitiva, redefiniram os modos de produção de subjetividade que se atualizam nos problemas atuais. Muitos outros o fizeram, mas a particularidade dos dois pensadores justificam os apontamentos esboçados acima.

Direitos humanos inseridos no campo político e social, universalização dos direitos para além das questões nacionais e jurisprudência indicam um plano possível para a discussão dos direitos humanos na atualidade.

Do ponto de vista da saúde mental, assistimos à substituição do modelo de tutela para o modelo de controle. Michel Foucault havia caracterizado a sociedade de soberania e a sociedade disciplinar. Gilles Deleuze antecipou o modelo da sociedade de controle. Com o fim dos manicômios e o processo conhecido como capsização, identificamos formas de controle que incidem sobre os modos de produção de subjetividade:

do controle químico medicamentoso ao controle visual do deslocamento nas cidades, da fabricação de subjetividades desconectadas das forças disruptivas do desejo ao adestramento e modulação dos corpos.

O manicômio usurpou a vida daqueles que ali permaneceram. O modelo de clínica dos serviços substitutivos e abertos precisa ser repensado para não repetir as sutis estratégias da usurpação. A produção de saúde pressupõe a construção e reconhecimento de um campo, o respeito e a afirmação dos direitos humanos.

A passagem à sociedade de controle está ligada ao enfraquecimento da sociedade civil. As instituições não mais são capazes de fazer a mediação das trocas sociais. O direito se enfraquece e a 'sociedade mundial de controle' investe sobre as forças de criação e resistência. Neste cenário, a relação com a loucura parece ganhar novos contornos. Novos problemas se impõem, demarcam territorialidades e capturam desejos.

A relação com a loucura ainda está marcada pelo jogo psicopatológico, mas igualmente presa a uma lógica que faz equivaler sua distribuição classificatória a bens de consumo, através dos quais os sujeitos se definem no balcão da farmácia contemporânea: síndrome do pânico, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade,

anorexia, bulimia, obesidade, transtorno bipolar, transtorno depressivo, etc.

Dado que o modelo é sempre insuficiente, testemunhamos a judicialização da saúde e da vida. A indústria farmacêutica se torna o agente mais importante de fabricação dos processos saúde-doença. Da escola ao trabalho, da família à igreja, da gestão pública à ciência, todos os processos são judicializáveis. Medicalização e judicialização constituem dois processos que perpassam no atual as relações saúde mental e direitos humanos.

Saúde Mental nas Cidades: o trabalho de agentes comunitários de saúde, acompanhantes terapêuticos, redutores de danos e equipes de consultórios de rua

Desde o surgimento dos sistemas nacionais de saúde ao longo da primeira metade do século XX, especialmente com a criação do National Health Service – NHS no Reino Unido, as políticas de saúde esforçaram-se por ampliar o lócus das práticas de saúde. Com acesso universal, cuidados integrais e financiamento por impostos, os sistemas de saúde viram-se incapacitados de multiplicar o conjunto de serviços do tipo hospital ou ambulatório para atendimento da população. No modelo liberal privado, a compra de serviços de saúde esbarra na ineficácia e no alto custo de manutenção e prestação.

Ao longo dos últimos sessenta anos, a saúde mental como prática de cuidado e produção de saúde sofreu uma espécie de mutação espacial. No caso brasileiro, a partir dos anos setenta e oitenta, ela conheceu deslocamento significativo da esfera privada para a esfera pública, de clínicas e hospitais privados em sua maioria construídos com financiamento público, para o conjunto precário dos serviços prestados pelo Estado, especialmente ambulatorios, fazendo crescer, ao mesmo tempo, o quantitativo da prestação de serviços, assim como a ineficácia dos mesmos.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, após o período embrionário do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, e a partir da necessidade social de ampliação da assistência em saúde, ao final dos anos oitenta e ao longo dos anos noventa, continuamos assistindo ao aumento do número dos ambulatorios e posteriormente o deslocamento destes para os denominados centros de atenção psicossocial – CAPS.

Apesar da fragmentação do modelo assistencial, a ideia de rede conectada de múltiplos modos tornou-se uma necessidade do sistema de saúde na medida em que o usuário passou a circular nos dispositivos de prevenção, promoção, cura e reabilitação. No caso da saúde mental, o modelo substitutivo assimilou e reproduziu

vícios oriundos do modelo hospitalar que o antecedeu, com a ressalva evidente da melhoria da qualidade dos serviços de saúde bem como da imperiosa inscrição da assistência no respeito aos direitos humanos, diretriz fundamental da clínica e das práticas em saúde.

Com a mudança do milênio nos deparamos com novo deslocamento das práticas de saúde, desta vez dos centros especializados para a assistência territorial, fundamentado na ideia de que o lugar privilegiado da produção de saúde é o lugar de vida da população. Lugar de vida refere-se à casa, à rua, ao bairro, ao trânsito para regiões centrais ou periféricas, aos órgãos públicos, às instituições de um modo geral, ou seja, os espaços de convivência cotidiana dos cidadãos. A noção de território comporta a rede de serviços, espaços institucionais e não institucionais, programas e projetos, organizados em torno de agenciamentos geográficos, sanitários e subjetivos.

No desenvolvimento do processo acima descrito, o hospital perdeu a centralidade como espaço de saúde, dando lugar ao entendimento da assistência em rede, e ao território como lugar de vida e de cuidados. O deslocamento espacial dos dispositivos em saúde é acompanhado da produção de novos dispositivos clínicos e de saúde mental. O vínculo saúde mental e território amplia a força e a potência das práticas em

saúde ao favorecer o surgimento de modos de vida saudáveis, ao levar em consideração o ambiente e os recursos disponíveis no contexto social e ao fortalecer os laços entre pessoas da comunidade e técnicos de saúde.

No cenário atual quatro personagens dispõem da primazia de uma atuação clínica e em saúde mental no território, com origens e histórias diferentes: o agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, o acompanhante terapêutico no contexto da Reforma Psiquiátrica e fora dela, o redutor de danos – personagem nascido no contexto do combate à epidemia das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), que posteriormente ampliou sua atuação para outros setores da saúde, especialmente na área de álcool e drogas. Por último, os trabalhadores das equipes dos consultórios de rua. ACS, ats, rds, eCR, siglas de abreviação para os quatro, realizam seu trabalho na comunidade, nos domicílios, nos fluxos entre casas e instituições, em espaços de outra natureza, como casas paroquiais, casas cedidas pelo comércio, ‘bocas’ – pontos do tráfico de drogas, etc., enfim nos espaços de vida dos cidadãos. Em comum entre os quatro, o conhecimento ampliado da comunidade e das pessoas, a prática a céu aberto e a produção de saúde favorecida pelo contexto. Algumas

diferenças entre eles, por outro lado, são significativas: o grau de formação, o modo de contratação, a maneira de se relacionar com a clínica.

O trabalho do agente comunitário de saúde está previsto em lei. O exercício da atividade profissional está regulamentado pela Lei 10.507/2002, pelo Decreto 3.189/1999 e pela Portaria 1.886/1997. A lei cria a profissão, o decreto fixa as diretrizes para o exercício da atividade e a portaria aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa Saúde da Família.

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, também conhecido como Pacs, foi implantado pela Fundação Nacional de Saúde nas regiões Norte e Nordeste com o objetivo de combater e controlar a epidemia de cólera e outras formas de diarreia. Diante da incipiente cobertura sanitária na região, na prática, o agente comunitário de saúde passou a exercer inúmeras funções na assistência, como cadastramento e diagnóstico comunitário. O fato a ser observado é que a experiência propiciou mudanças nas práticas de saúde, com ações extramuros e não centradas na figura do médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.600).

A Portaria 692 de 1993 regulamentou o Programa Saúde da Família, inicialmente em pequenos municípios e em

caráter restrito. As duas normatizações desenharam um modelo de atenção primária, conhecido como Atenção Primária em Saúde – APS seletiva. Como estratégia, a Saúde da Família foi explicitada pela NOB SUS 01/96 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Ela disciplinou a organização dos serviços, caracterizando a atenção primária como Atenção Primária em Saúde – APS Ampliada. No caso da NOB, o foco da promoção de saúde já estava dado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.601-602).

O agente comunitário de saúde trabalha em uma equipe multiprofissional de saúde. Ela contempla o médico generalista, o enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. O número de equipes expandiu significativamente nos anos noventa e atualmente cresce moderadamente. Nos grandes centros, o fortalecimento da atenção básica foi apoiado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, a partir de 2003.

Em 2006, uma mudança de maior proporção e perspectiva iniciou-se após a edição pelo Ministério da Saúde da Portaria 648/2006. A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB ampliou a concepção da atenção primária através de uma saúde mais abrangente, tornando-a o ponto de partida para estruturação dos sistemas locais

de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.606-607).

Antes de passarmos à contextualização do acompanhamento terapêutico, é necessário o retorno à definição da Atenção Primária, realizada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ALMA-ATA, 1978).

Vale notar que o agente comunitário de saúde se constitui como agente exatamente no lugar onde as

peças vivem e trabalham, sendo ele próprio oriundo da comunidade. Atualmente está em curso uma sofisticação do papel do agente – mais do que a porta de entrada do sistema de saúde, a atenção primária é o eixo organizador estruturante do todo o sistema, isto é, a organização do modelo de saúde se dá a partir da Atenção Primária em Saúde.

O trabalho do agente comunitário de saúde, inserido no contexto essencial da assistência que é o lugar de vida e moradia do cidadão, demanda maior capacitação e qualificação na medida em que o eixo organizativo da assistência é remodelado em função da atenção primária. O agente possui base territorial e se desloca permanentemente na adstrição de sua área de abrangência, perpassando instituições e domicílios, ao mesmo tempo em que se constitui como um trabalhador a céu aberto, em movimento pelos fluxos de produção de saúde na comunidade.

Ao contrário do agente comunitário de saúde, o acompanhante terapêutico ainda não tem sua atividade profissional regulada em lei, diferentemente de países como Argentina e Espanha, onde já há legislação pertinente ou ao menos projeto de lei em tramitação. No Brasil, o acompanhamento terapêutico se constituiu como prática de saúde de fundamental importância no contexto da Reforma Psiquiátrica. No âmbito público

o acompanhamento terapêutico é estimulado por um conjunto de pressupostos da Reforma e adotado como prática de saúde em diversos municípios brasileiros, como São Lourenço do Sul ou Diadema.

A partir dos anos cinquenta, com a crise do modelo psiquiátrico hospitalar, e especialmente nos anos sessenta com as transformações políticas do período, surgiu, em diversos países ocidentais, um conjunto de reformas com características próprias, mas que tinham em comum a humanização do tratamento e a saída dos internamentos de longa duração. Esses movimentos receberam diversos nomes, como, por exemplo, Psiquiatria Institucional ou de Setor, na França; Comunidade Terapêutica e Antipsiquiatria, na Inglaterra; Psiquiátrica Comunitária e Preventiva, nos Estados Unidos; Psiquiatria Democrática, na Itália. No Brasil, especialmente a partir do final dos anos setenta, desenvolvemos a chamada Reforma Psiquiátrica, com impasses e problemas concomitantes a grandes sucessos.

A necessidade de sair dos hospitais fez com que funcionários, estudantes de medicina e psicologia e, posteriormente, profissionais de saúde acompanhassem os pacientes para fora dos hospitais, em passeios pelo circuito urbano, em visitas domiciliares ou na frequência de outras instituições. Os passos iniciais

dessa prática aconteceram na Clínica Pinel em Porto Alegre, na Clínica Villa Pinheiros no Rio de Janeiro e no Instituto A Casa de São Paulo. De lá para cá multiplicaram as experiências de acompanhamento terapêutico no Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul, em São Paulo, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais, no Espírito Santo, em Santa Catarina, no Pernambuco e, hoje, por vários outros estados da União (GONÇALVES BENEVIDES, 2007).

Vale lembrar que a prática do acompanhamento terapêutico nasce no contexto da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental, porém com os anos oitenta ela se dissemina para outros campos da saúde, como a dependência química, a assistência ao idoso, o acompanhamento de crianças e adolescentes em interface com a justiça e a lei, a alta hospitalar e a atenção primária em saúde.

O acompanhamento terapêutico é uma prática clínica a céu aberto realizada nos espaços de vida e convivência das pessoas, no trânsito pela cidade ou pela zona rural, no atendimento domiciliar, na parceria com as instituições de saúde, nos serviços próprios ou conveniados. Os acompanhados são pacientes cronicados ao longo da vida em instituições do estado ou em instituições privadas, pessoas com transtornos psíquicos, pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas, pessoas com

demandas de ordem clínica e subjetiva, doentes de diversas patologias ou, de um modo geral, pessoas em situação de sofrimento e dor.

As funções de um acompanhante terapêutico podem ser agrupadas em estratégias de instigação, orientação e apoio (ARAÚJO; DEL PRETTE, 2003, p.107). As estratégias de instigação podem ser exemplificadas como ações de estímulo à participação, integração, interação, cooperação e responsabilização em atividades cotidianas. As estratégias de orientação consistem em fornecimento de informações, definição de papéis, estabelecimento de limites, orientação para deslocamento no trânsito, utilização de medicamentos, compromissos e autocuidados. As estratégias de apoio consistem em oferecer continência, demonstrar empatia, propiciar modelos, elogiar, ajudar, traduzir os símbolos sociais organizativos e valorizar capacidades.

Ao conjunto das funções de base na experiência do cotidiano, é preciso acrescentar que a prática do acompanhamento terapêutico se constituiu, ao longo do tempo, como uma clínica, um modo de fazer e produzir saúde nos espaços de vida das pessoas. A clínica do acompanhamento terapêutico possui um importante elemento estratégico na produção de saúde na medida em que ela efetivamente participa do dia a dia de indivíduos, famílias e comunidades, através de vínculo

transferencial intenso que promove na aproximação entre trabalhador de saúde e cidadão.

Atualmente a Estratégia Saúde da Família conta com aproximadamente 42.800 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, 25.600 equipes de saúde bucal e 317.000 agentes comunitários de saúde. Eles atuam em 5.287 municípios, ou seja, quase a totalidade das cidades brasileiras. Em Minas Gerais são aproximadamente 5.400 equipes da saúde da família credenciadas pelo Ministério, 2.500 de saúde bucal, e 35.600 agentes comunitários de saúde. (Departamento de Atenção Básica /DAB, 2013).

A qualidade desse vínculo está presente igualmente no trabalho do redutor de danos. A política de redução de danos é uma estratégia de saúde pública que objetiva minimizar efeitos nocivos trazidos pelo consumo de álcool, crack e outras drogas. A redução considera a saúde como um direito fundamental, parte integrante das políticas de promoção e prevenção voltadas para o indivíduo e sua família.

Os passos iniciais dessa estratégia ocorreram na Inglaterra por volta de 1926, quando um grupo de médicos considerou a possibilidade de tratar dependentes de heroína e morfina com monitoramento próximo, aliviando os sintomas da abstinência. Por volta de 1980,

o governo holandês criou uma política para lidar com o número crescente de mortes pelo vírus HIV, através da troca de seringas a fim de evitar o compartilhamento.

No Brasil, a primeira experiência ocorreu em Santos, em 1989, com a implantação do programa municipal de redução de danos. As ideias da redução expandiram para outros campos da saúde, ampliou seu foco na busca de formas diferenciadas para lidar com o problema, seja o uso protegido, seja a diminuição quantitativa de uso da droga, a substituição de uma droga por outra, com menor risco, e ainda casos de abstinência.

Em 2009, a 'Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas' do Ministério da Saúde criou as Escolas de Redutores de Danos, e valorizou as abordagens do usuário em seu território de vida. Em 2010, o Ministério da Saúde ampliou o número de escolas de redutores de danos. Os redutores de danos são, geralmente, líderes em suas comunidades, trabalhadores sociais e, em alguns casos, cidadãos com histórico de uso de drogas.

As equipes de consultórios de rua são organizadas com a função de quebrar a distância histórica entre os serviços de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua. A equipe oferece cuidados nos espaços urbanos, nas ruas e esquinas, para uma população com maior vulnerabilidade social e distante da rede de atenção.

A equipe volante mínima multidisciplinar é constituída por profissionais de saúde mental, profissionais da atenção básica, no mínimo um profissional da assistência social. Estas formações incluem médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem, educadores sociais e oficinairos. A ideia da eCR é possibilitar a identificação da clientela com o dispositivo, favorecendo o vínculo desde o primeiro contato.

O consultório de rua desconstrói o espaço tradicional das práticas terapêuticas ao tomar a rua como lugar do trabalho clínico e promover a busca ativa dos cidadãos em situação de vulnerabilidade.

Agentes comunitários, acompanhantes terapêuticos, redutores de danos e equipes dos consultórios de rua trabalham nos espaços urbanos, e, portanto, vivenciam o cotidiano das cidades. Saúde mental promovida e praticada nos territórios de vida dos cidadãos, isto é, a domicílio, na rua, no bairro, nos locais de convivência. De certa forma, a cidade se constitui como espaço de produção de saúde. O respeito e a valorização dos direitos humanos, direitos de sujeitos políticos que interagem na comunidade, ganham maior visibilidade e fortalecem a cidadania. Não é de hoje que a rua é associada, no imaginário das liberdades civis, aos movimentos libertários, de protesto e de expressão, de

peças e grupos, com demandas políticas e sociais. Rua e democracia como espaços de afirmação dos direitos humanos.

A Figura da Cronicidade

A figura do paciente crônico talvez seja a mais emblemática da violação dos direitos humanos, tratando-se de saúde mental. A deterioração progressiva, enunciada pela psicopatologia, e a cura improvável, forjada no âmbito dos saberes médicos, se revelaram como uma construção histórica, marcada pela segregação e pela exclusão.

Podemos nos perguntar por que produzimos a figura da cronicidade. Não são poucos os relatos atuais de portadores de sofrimento mental, de maneira particular, psicóticos e esquizofrênicos, que levam vida pessoal e social sem prejuízos vitais e cotidianos.

O oposto de crônico é agudo e implicaria a impossibilidade da cura e o aspecto residual da doença. A imagem do doente mental idoso, nu, babando e abandonado no pátio de uma instituição asilar está, portanto, atrelada ao modo de vida segregado e excludente da manicomialização. Esta manicomialização, por sua vez, se efetivava com a violação dos direitos fundamentais da pessoa.

A violação dos direitos fundamentais se dava, portanto, com o aporte do conhecimento científico e com o exercício de saberes e práticas que selavam o destino de muitos cidadãos. Em trabalho jornalístico recente, Arbex (2013) aponta as condições de vida e o número de mortos em um dos maiores hospícios do Brasil, o de Barbacena, totalizando sessenta mil mortos ao longo de sua existência. Hoje sobra algo em torno de cento e setenta; uns ainda na colônia, outros em residências terapêuticas.

Não há por que continuar com a produção da cronicidade em saúde mental, senão sob a forma de violação dos direitos humanos. Nada no conhecimento e nas práticas em saúde justifica a preservação de sua figura, a assertiva de sua verdade. A experiência da loucura não pode ser dissociada de suas condições de existência, de sua adesão à vida nas cidades e nas ruas, de seu reconhecimento no campo do direito e, por último, de sua expressão como modo de vida.

Referências

ARAÚJO, Alessandra; DEL PRETTE, Almir. Acompanhamento Terapêutico e Reabilitação Psicossocial: resultados de uma pesquisa-intervenção. In: TRINDADE, Zeidi Araujo; ANDRADE, Ângela Nobre (Orgs.). **Psicologia e Saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. Tradução Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BRASIL. Decreto nº 3.189 de 04 de Outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 05 de Outubro de 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3189-4-outubro-1999-369118-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Lei 12.216, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 09 de abril de 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Lei 12.714, de 14 de Setembro de 2012. Dispõe sobre o sistema de acompanhamento da execução das penas, da prisão cautelar e da medida de segurança. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 17 de Setembro de 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=17/09/2012>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, 01 de Agosto de 2003. Seção 1, p. 3. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=01/08/2003>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Lei nº. 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 11 de Julho de 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=11/07/2002>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 692**, de 25 de Março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. NOB SUS 01/ 96. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.886**, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121**, de 25 de Janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122**, de 25 de Janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 123, de 25 de Janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 26 de janeiro de 2012. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_123_25_01_2012.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 131**, de 26 de Janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://pfdc.Pgr.mpf.mp.br/atuuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-131-2012/view>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 132**, de 26 de Janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em: [http : / pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio / legislacao /saude-mental/portaria-ms-gm-no-132-2012/view](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-132-2012/view). Acesso em: 24 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **D.O.**, 01 de fevereiro de 2012. Disponível em: <[http :// www.Brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111988-148.html](http://www.Brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111988-148.html)>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 246**, de 17 de Fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Disponível em:< [http :// dtr 2001 .saude . gov . BR /sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-246.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-246.htm)>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3088**, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3089**, de 23 de Dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docPlanoCrack/PORTARIAGMNº3.089,DE23DEDEZEMBRODE2011.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3090**, de 23 de Dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docPlanoCrack/PORTARIANº3.090,DE23DEDEZEMBRODE2011.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3099**, de 23 de Dezembro de 2011. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.html>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3237**, de 24 de Dezembro de 2007. Aprova as

normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Disponível em: [http: <HTTP://bvsmms.saude.gov.BR /bvs /saudelegis /gm/2007/prt3237_24_12_2007.html>](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007.html). Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 349**, de 29 de Fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: [http:// pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/ legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-349-2012](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portaria-ms-gm-no-349-2012)>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 52**, de 20 de Janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm)>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648** de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de Agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 501, de 13 de Setembro de 2007. Referente ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/Portaria_SAS_MS_501.2007>. Acesso em: 24 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Portaria Interministerial MS/SEDH nº 3.347, de 29 de Dezembro de 2006. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. **D.O.**, 02 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-3347-2006_198644.html> . Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130**, de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <[http:// pfdc.pgr.mpf.mp.br / atuacão – e - conteúdos –de –apoio / legislação / saude-](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-)

mental /portaria-ms-gm-no-130-2012/view>. Acesso em: 24 jun.2013.

CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio. **Experiências da Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010. (Saúdeloucura, 9).

CARVALHO, Sérgio Resende; FERIGATO, Sabrina; BARROS, Maria Elisabeth (Orgs.). **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. (Saúde em debate; n.198).

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Resolução nº 113, de 20 de Abril de 2010. Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/presidio/rescnj_113.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001. Resolução nº 5, de 04 de Maio de 2004. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucao-CNPCP_5.2004>. Acesso em: 24 jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução de Medida de Segurança. Resolução nº 4, de 30 de Julho de 2010. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucao_CNPCP_4.2010>. Acesso em: 24 jun. 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 6-12/09/1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde (2013). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 jul. 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declaração%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

DELEUZE, Gilles. **Abecedário** (1988/1989). Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Tradução Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber**. Tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. (Ditos e escritos; IV).

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1991. (Estudos 61).

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de

Vasconcelos Costa et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BENEVIDES, Laura Lamas Martins Gonçalves. **A Função de Publicização do Acompanhamento Terapêutico na Clínica**: o contexto, o texto e o foratexto do AT (2007). Disponível em: <<http://siteat.files.wordpress.com/2011/12/laura.pdf>. > Acesso em: 30 jun. 2013.

HESSEL, Stéphane. **Indignai-vos!** Tradução Marli Peres. São Paulo: Leya, 2011.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. Tradução Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LEVI, Primo. **É Isto Um Homem?** Tradução de Luigi Del Re. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LEVI, Primo. **Os Afogados e os Sobreviventes**. Tradução de Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

MURAT, Laure. **O Homem que se Achava Napoleão**: por uma história política da loucura. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Três Estrelas, 2012.

PESSOTTI, Isaiás. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999

.PESSOTTI, Isaiás. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

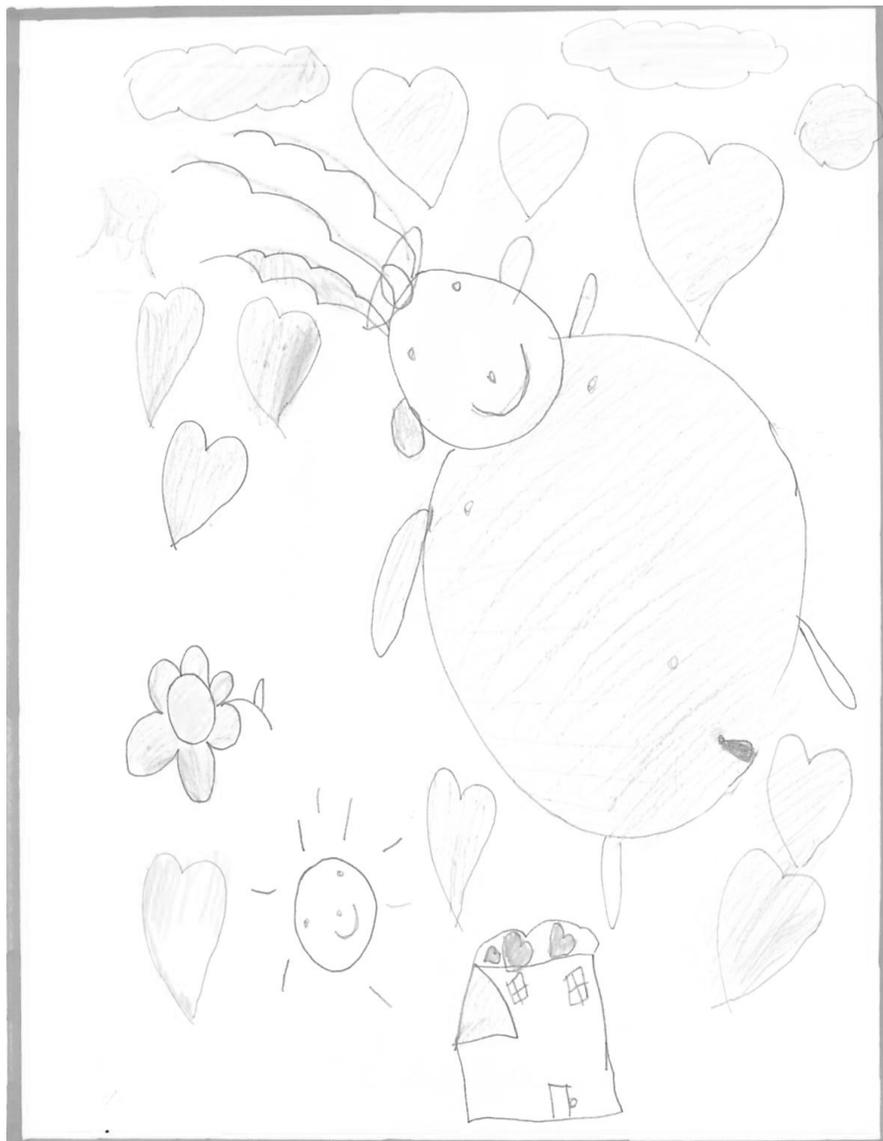
RIQUELME, Horacio e Dantas, Rosângela. **Era de Névoas**: direitos humanos, terrorismo de Estado e saúde psicossocial na América Latina. São Paulo: EDUC, 1993.

SAIDÓN, Osvaldo. **Devires da Clínica**. Tradução Angela Maria Tijiwa e Mariel Rosauo Zasso. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. (Saúdeloucura; 26. Série Políticas do Desejo; n.3).

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999.

Capítulo IV

A MATURIDADE DA MULHER NO MUNDO CONTEMPORÂNEO



Desenho: Angelita Aparecida da Silva

CAPÍTULO IV

A MATURIDADE DA MULHER NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Marisa Sanabria

As mudanças são companheiras iniludíveis do caminhar para o encontro de uma vida adulta e autodeterminada. Somos uma sociedade que amadurece e envelhece, ao mesmo tempo em que cultiva, insistentemente, padrões de juventude, vitalidade e performance difíceis de alcançar.

Na mulher, o fantasma da maturidade, marcado pela fronteira da menopausa, determina o medo, a ruptura e a exclusão. Não estamos preparados institucionalmente para reconhecer nem dar valor à experiência, à trajetória de vida nem à serenidade nos posicionamentos.

Exigimos sempre um desempenho on-line medido por critérios de eficiência.

A meia-idade, chamada de segunda metade da vida, nas mulheres é um momento intenso de reformulação de propósitos, mudanças de protagonismos e elaboração de projetos novos, abandonando e se desapegando de demandas sociais, solicitações familiares e ilusões afetivas.

Este ciclo inicia o caminho para o envelhecimento; entender e elaborar mágoas, ressentimentos e frustrações faz parte do equilíbrio e da saúde psíquica e emocional. Plantar e construir seu próprio jardim interno é uma tarefa iniludível que está vinculada ao respeito e à dignidade por si própria e à maneira como se entende a perspectiva de futuro.

Amadurecer é uma nova etapa de colheita, aprendizado e respeito pela vida.

Podemos constatar um triângulo que se configura a partir de três aspectos: existência, tempo e transformações. Essa forma geométrica dinâmica está estreitamente articulada e seus pontos são inseparáveis. O movimento dessa estrutura é interessante porque, na juventude, queremos acelerar mudanças, criar situações de desafio e assumir propostas que nos responsabilizem na vida; à medida que nos aproximamos da maturidade, tentamos frear, sem muito êxito, o tempo, com saudade de momentos que já se foram e apreensão por um futuro com algumas incógnitas.

Nesta tarefa, perdemos grandes oportunidades de viver cada etapa com o seu dinamismo, aprender com novas situações e desapegarmos do que já não nos interessa. Se soubermos encontrar a cadência deste processo,

podemos descobrir e viver quem realmente somos com equilíbrio e alegria.

Deter o tempo é uma missão impossível, mas esta atitude demanda energia, disposição e nos faz estrangeiros de nossa vida, interdita-nos o protagonismo da própria história e transforma-nos em pessoas que olham o transcurso dos acontecimentos sem entender e sem querer saber como as mudanças nos exilam do nosso território.

“Não vi meus filhos crescerem... Quando acordei, já eram rapazes...”

“Meu divórcio aconteceu sem eu perceber... Quinze anos de um casamento difícil, que suportei achando que as coisas poderiam melhorar...”

“Trabalhei anos... O tempo foi passando... nunca juntei dinheiro, hoje preciso de um teto para morar...”

Como o vento nas navegações, na metáfora de assumir o timão da nossa vida, precisamos aprender a navegar com a brisa a favor e não contra; qualquer marinheiro de primeira viagem descobre rapidamente que o vento contra é perigoso e pode até quebrar o leme do barco.

As mulheres vivem o passar do tempo com angústia, medo e, muitas vezes, carregada de ressentimento e

mágoa; a passagem à maturidade torna-se um fantasma que assombra a realidade de muitas profissionais, mães de família... Enfim, mulheres comuns que vão sentindo, sem entender, uma enorme fragilidade pessoal, acompanhada de uma exclusão institucional.

Utilizaremos a menopausa simplesmente como uma fronteira para o envelhecimento. Ela não é a única provocadora de todas estas transformações, mas socialmente determina que a mulher perde seu valor de troca, não pode mais parir, quer dizer, não produz, não cria cidadãos, portanto é excluída das trocas “comerciais” que a civilização impõe.

A falência ovariana é um dos aspectos de um leque de sensações, sentimentos e mudanças corporais que invadem a mulher como uma avalanche que não se pode conter. Este momento é vivido como um episódio privado, fácil de identificar, mas difícil de entender, processar e elaborar.

Muitas coisas serão colocadas em questão neste momento: a relação com os filhos adultos, os vínculos afetivos, o casamento, as amizades, as transformações do corpo, a vivência da sexualidade... Enfim, a forma como cada mulher encara e vive este momento terá efeitos profundos e de longo alcance, não somente para

ela como também para as pessoas a sua volta e para a sociedade como um todo.

Se lembrarmos que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida da brasileira está em torno dos 75 anos, isso significa que teremos mais 20 ou 25 anos para viver depois da última menstruação, que acontece por volta dos 50 anos.

As mulheres que hoje estão na menopausa viveram sua juventude a partir de códigos sociais bastante definidos e aceitos sem grandes questionamentos. Alguns teóricos do feminismo definem a juventude como a “primeira vida”, na qual casamento, maternidade e a possibilidade de construir uma família estável se impunham e, para a sociedade, eram um atestado do êxito e da realização feminina. (STEINEM, 1996).

Os anos 1960 trouxeram um marco importante nesse modelo; a pílula e os anseios de liberdade individual, laboral e sexual criaram possibilidades e perspectivas com as quais suas avós nunca sonharam.

A “segunda vida” inaugura um momento especial de dúvidas, inquietações, perguntas sobre si mesma e outros projetos de futuro. Preparar-se para viver a maturidade com saúde, disposição e novas propostas de relacionamentos e trocas é um desafio, sobretudo individual, uma vez que as instituições não estão

equipadas para receber esta mulher que não tem mais tarefas sociais e se dispõe a viver sonhos e desejos de uma forma renovada.

Na nossa sociedade, uma mulher é útil enquanto procria e é atraente enquanto sua sexualidade ligada ao ciclo menstrual inspira atração e medo. A possibilidade de viver uma transformação na qual se perde aquilo que a caracteriza é vivida como algo perigoso e indesejável.

Podemos entender por que, então, a menopausa se transforma socioculturalmente em “medo/pausa”, um momento acompanhado de dúvidas diante da mudança clara do protagonismo social, afetivo e sexual que a mulher desempenhava até o momento.

Somos estimuladas a permanecer na juventude, a mulher sempre donzela, infantilizada, e celebramos a primeira menstruação, quando alguém diz: “Você agora já é uma mulher”. Isto quer dizer: será desejada e poderá exercer sua sexualidade, parir, etc.

Na menopausa, a voz institucional diz: “Você já não é mulher”, será invisível, não desejada e abandonada.

Este momento é tratado, do ponto de vista médico, como uma carência: carência de hormônios, de menstruação e de capacidade reprodutiva. Em termos metafóricos, as bruxas nos contos de fadas são as mulheres na

menopausa, mostradas sempre como ressentidas, feias e escondidas, simbolizando o lugar que a sociedade determina para quem vive essas transformações.

Alguns dicionários norte-americanos definem a menopausa como “mudança de vida”, reconhecendo que se trata de uma alteração decisiva e permanente. Analisar este momento como um câmbio exclusivamente biológico, tratá-lo como uma doença tem feito com que esta transição seja abordada com medicamentos e remédios psiquiátricos, tornando-a um problema para a medicina e não uma grande oportunidade de repensar, transformar e definir, a partir de outros conceitos, a vida das mulheres.

Ann Mankowitz (1990) diz que o fatalismo com que a sociedade trata a menopausa dramatiza os sintomas, desconhecendo que muitas mulheres podem viver este período de forma natural, sem grandes desconfortos.

Ela é um reflexo do desprezo que o patriarcado sente ante as mulheres que vão amadurecendo e que não ficam estáticas na imagem dos 18 anos, ao mesmo tempo em que existe uma impaciência e irritação com pessoas maduras que exigem seus direitos, determinam seus objetivos e colocam limites nas suas vidas. O preconceito em relação à mulher que envelhece é uma das tantas formas de violência social e institucional, que

se manifesta quando os modelos estabelecidos são desafiados.

A Dra. Cristiane Northup (2005) diz que existe muito mais neste momento do que transtornos hormonais; na verdade, o envolvimento da mulher com os cuidados da prole se modificam e é possível, então, viver uma grande libertação das funções coletivas, situações de abuso e exigências sociais, podendo dar, assim, lugar a projetos postergados, vocações não exercidas e cuidados pessoais abandonados. Em síntese, é também um grande momento de libertação, de recuperar quem somos, de saber para onde nos dirigimos e de nos colocarmos em primeiro lugar na ordem de prioridades; um tempo de avaliação, de entendimento e de reconciliação com os problemas e as situações difíceis da nossa história. É a primeira oportunidade, depois da puberdade, que a mulher tem para se perguntar quem ela é realmente e formular os propósitos que idealizou para si.

Este ciclo exige tempo e pausa e pede uma reorientação, um reposicionamento interno, um exercício de vontade e um esforço de disciplina junto com uma atitude de tolerância e respeito por aquela mulher que somos hoje na vida.

Sylvia Shneider (1999) afirma que estamos no momento de redefinir o que entendemos por menopausa, porque

este conceito sempre foi determinado à revelia da mulher. Esta transformação está deixando de ser uma via morta para se converter em uma travessia, uma ponte, uma passagem para novos papéis e diferentes atitudes vividas pela mulher madura. Educadas como seres para os outros, a menopausa marca a fronteira e o fim de muitas disposições e preocupações e a retomada do controle do seu bem-estar e do curso da vida.

Intelectuais espanholas, como Anna Freixas, são muito expressivas ao enunciar: “*Sin regla y sin reglas*” – sem ciclo menstrual (*la regla*) e sem normas (*las reglas*) – para falar da liberdade e da não obediência a preceitos que determinam o que uma mulher deva ou não fazer.

Este momento também está acompanhado de vivências difíceis, a raiva dos abusos suportados, as queixas das oportunidades perdidas, o medo e as incertezas do futuro, a vergonha em relação às transformações do corpo, etc. É uma enorme constelação de sentimentos e emoções que, sem dúvida, está estreitamente vinculada à maneira como conduzimos a primeira metade da nossa vida.

Trata-se, desse modo, de considerar a menopausa não somente como um fenômeno biológico de perda de funções, mas também como um momento biológico, psicológico e emocional muito amplo de transformação.

O portal para a segunda vida, um ciclo de liberdade e esplendor para viver o que Margaret Mead chamou de “Entusiasmo Pós-Menopáusico” (EPM) pela vida que escolhemos, e que Jean Shinoda Bolen considera o grande momento da mulher madura, fresca e esplendorosa, que tem algo sereno como a suavidade da primavera.

É um grande aprendizado sobre as oportunidades e o amor que está no interior de cada uma de nós. Sabemos que o amor solicita um “outro”, que pode ser um parceiro, um projeto, uma obra de arte, a espiritualidade... Cabe a cada mulher adulta escolher aquilo que lhe possibilitará viver apaixonada, e assim recuperar sua vontade de estar na vida.

A partir desta fronteira, iniciamos, em nossa sociedade, o caminho para o envelhecimento. Na nossa cultura, associamos envelhecimento à deterioração, ao descuido e à feiura e não temos imagens e modelos de mulheres maduras e elegantes desempenhando seu papel com esplendor.

Anna Freixas (2005) define “Edadismo” como todas as condutas, sentimentos e atitudes de rejeição que expressamos em relação às pessoas de qualquer sexo, que não são jovens, e afirma que este preconceito se acentua muito quando tratamos de mulheres. É famosa

a frase popular que todos conhecemos: “Os homens amadurecem, enquanto as mulheres envelhecem”.

Ela é transparente em relação a este olhar diferenciado e, assim, enfrentamos dois preconceitos que fragilizam e expõem uma população considerável: o “edadismo” (a segregação pela idade) e o “sexismo”, ou seja, a exclusão pelo fato de ser mulher. Estas atitudes discriminatórias reduzem a autoestima e dificultam a própria noção de identidade, não reconhecendo às mulheres nenhum protagonismo possível depois que acaba seu período fértil; a mulher idosa passa, então, a ser tratada com desdém e ironia.

A estrutura patriarcal construiu para a mulher uma subjetividade definida a partir da necessidade dos outros e acorrentou a uma ditadura cultural de ter um corpo e um comportamento desejável para o sexo masculino. A consequência de tal comportamento foi a construção de uma imagem passiva e estática, que aparece como a definição do que é a identidade da mulher.

Os estereótipos da nossa cultura nos fazem esperar este momento com enorme apreensão e desesperança: Como será o futuro? Viver sozinha? Ter pouco dinheiro? Existe e é claramente perceptível uma expectativa negativa da vivência dos próximos anos, as angústias e os desencantos em relação ao futuro.

Vivemos mais, é um fato, mas não temos modelos nem referências de como será nossa vida aos 60, 70, 80 anos, qual a forma dos relacionamentos? Como dispor do tempo? Como viver a sexualidade? E outros tantos questionamentos, que ficam escondidos sob uma grande cortina de medo, rejeição, exclusão e insegurança.

“Estou agora convivendo com esta pessoa difícil... Mas que outra perspectiva tenho? Viver sozinha e doente?”

“Meu pai está morto... era meu ídolo... Minha sensação de solidão é avassaladora, só me resta chorar.”

“Não me reconheço... sempre gostei de casa cheia, cozinhou, preparava, fazia a festa para todo o mundo... Agora não quero nem escutar falar... quero um tempo para mim e não me preocupa o que os outros vão achar.”

Negamos o envelhecimento, pelo tanto cultivamos um olhar ancorado na imagem fictícia de uma mulher situada corporal e emocionalmente nos 20 anos. Isso nos faz chegar à maturidade sem nenhum preparo psíquico nem afetivo, fragilizadas e desorientadas em relação aos nossos direitos, como cidadãs e mulheres maduras que reivindicam espaços para sua existência.

Existem, neste momento de perplexidade, alguns sentimentos como pano de fundo, por exemplo: a raiva. Treinadas, desde a infância, a serem encantadoras,

dóceis e suaves, as mulheres mascaram a raiva atrás de muitas manifestações: as doenças, as depressões, a fadiga crônica, a tensão pré-menstrual e outras mais e, em geral, aquele eterno sorriso de boneca esconde, na verdade, um vulcão interno com uma lava incandescente, acumulada durante anos de submissão e concordância.

A fúria é um sentimento feminino e diz respeito à dissimetria de poder e ao abuso a que a mulher sempre foi submetida na estrutura patriarcal. Muitas vezes, sabendo que nosso sentimento é genuíno, não nos permitimos expressá-lo e não nos reconhecemos com uma vivência afetiva de uma ordem incontrolável. Assim, nós nos dissociamos dessa raiva, escondendo a tensão no pescoço ou na mandíbula, e nos tornamos mulheres maduras controladoras, exigentes, exageradas ou ansiosas.

É imprescindível reconhecer e assumir este sentimento, porque ele nos possibilita tomar decisões, mudar vínculos, explicitar reivindicações e, sobretudo, articular a trama da nossa história como um caminho próprio, entendendo causalidades importantes no momento do nosso amadurecimento. Costurar a trajetória pessoal traz a libertação do fardo de fracassos ou equívocos e esta atitude é importante para uma maturidade serena e em harmonia.

O medo é outra vivência que acompanha o envelhecimento. Clara Coria (2005) nos fala do medo da morte, das doenças incapacitantes da solidão e do empobrecimento, entendendo que estas situações são muito comuns nas sociedades ocidentais, estruturadas a partir de relações hierárquicas e de desempoderamento da mulher.

As mulheres, somos os pobres do mundo e, no envelhecimento, a situação de vulnerabilidade social se torna extrema, acompanhada de profundos sentimentos de fragilidade e exposição. A mulher envelhecida perde a capacidade de negociação institucional, aparentemente não tem nada para oferecer e isso a torna alvo de abusos e desrespeitos.

A melancolia e o entristecimento podem acompanhar este momento da vida, a saudade de quem fomos e, neste sentido, é fundamental manter vínculos de afetos e ressignificar propostas para a existência.

Sabemos pouco sobre a subjetividade na terceira e na quarta idade; como construir um enredo de sentido para este momento da vida com uma sociedade “que nos proíbe ser viejas y tener pocas ganas de complicarnos La vida...deseamos el disfrute tranquilo de la conversación y del silencio.” (FREIXAS, 2013).

Se durante anos as mulheres foram obrigadas a ser eficientes mães, trabalhadoras inesgotáveis e amantes cordatas e complacentes, a maturidade aparece como uma possibilidade de recuperar a liberdade e o desejo próprio, um tempo de reflexão para costurar a história, um espaço de entendimento para um novo desempenho, que só poderá ser escolhido por cada uma.

Associamos envelhecimento à doença, morte e decrepitude. Trata-se, sem dúvida, de um processo que reestrutura todas as dimensões da vida. É importante poder chegar a este momento com o sentimento de ter feito o que foi possível dentro dos limites e fazer da idade uma fonte de conciliação interna, celebração e bem-estar.

Amadurecer é uma oportunidade de avaliar o tempo transcorrido, os êxitos alcançados e os propósitos que não foram possíveis realizar. Para as mulheres, a diminuição das demandas externas possibilita um trabalho de reflexão com quem somos hoje depois de toda essa travessia.

Vivemos uma tendência contemporânea que medicaliza o corpo que envelhece, mas entrar na maturidade não é uma doença ou uma enfermidade. Incorporamos a ideia de que, mantendo uma atividade febril e uma dieta balanceada, poderemos ser os “sem idade”. Este pré-

conceito, que forma parte de uma atitude “idadista”, ignora a sabedoria, a experiência, a sobriedade e a liberdade que se ganha com o transcorrer da vida. Trata-se de uma guerra com um inimigo para derrotar uma ordem rigorosa, que não nos deixa entender o passo dos anos como uma conquista.

Em relação ao corpo da mulher, esta exigência de esconder o amadurecimento adquire contornos sórdidos. Existe uma obsessão para que os signos da idade fiquem camuflados, dietas, cirurgias e ginásticas obrigam a uma dedicação permanente para que o coletivo não se sinta incomodado com os sinais físicos que a história pessoal vai deixando.

Vilhena Novaes (2006) lembra que as mulheres têm o dever ético de estar bonitas em qualquer idade, e não interessam os investimentos, abusos e esforços que esse resultado possa exigir. Isso mantém a mulher ocupada, indisposta consigo mesma, sem reconhecer que o corpo muda com a idade de forma inevitável, como se transforma também nossa percepção da vida, do trabalho e dos relacionamentos. O pré-conceito social em relação ao corpo envelhecido isola as mulheres e as faz vítimas de um sentimento constante de vergonha e inadequação. É preciso uma adaptação e aceitação dessa nova forma física, que nem sempre percebemos com nitidez e que localizamos no olhar dos outros.

A experiência nos permite escolher entre permanecer sedutoras eternamente ou viver com conforto e saúde.

Somos uma sociedade que envelhece. As mulheres que hoje estão com 60 anos, as do *Baby Boom*, são a geração da longevidade, um exército de mulheres maduras com energia, disposição e curiosidade para descobrir novas possibilidades. Isto representa uma realidade socioeconômica e institucional desconhecida até o momento, não temos experiência, história, nem trajetória como país para os desafios que esta nova situação impõe e isto determina uma reflexão sistemática e detalhada sobre aposentadorias, políticas de saúde e reinserção.

Existem pesquisas (FARRÉ, 2013) que sustentam que, apesar de as mulheres na maturidade viverem algumas situações estressantes, a maioria delas manifesta altos índices de satisfação vital e avaliam positivamente sua vida, considerando que existem ganhos em relação à confiança, maturidade, serenidade e conquistas na vida. Esta conclusão pessoal se diferencia da ideia do envelhecer como uma vivência inevitável de tristeza, solidão e abandono.

As pessoas na maturidade são resilientes. Elas têm conseguido viver muitos desafios e a possibilidade de enfrentar dificuldades aparece como uma capacidade

imprescindível para este momento da história. A vivência de controle e condução da sua vida é fundamental e possibilita uma organização adequada às mudanças e transformações.

“La vida después de los 50 es outro país”, diz Gloria Steine (1996). A consciência da finitude da existência nos proporciona outro olhar sobre as coisas e apesar de não termos uma cultura que nos permita uma aceitação natural da morte, passamos a incluir esta reflexão no dia a dia, o que torna relativos os sofrimentos e desgastes cotidianos.

Envelhecemos sem referências nem modelos, de uma forma muito diferente do que foi a velhice das nossas avós e mães. Sem respostas definitivas, é imprescindível entender que não existe uma forma única nem homogênea, esta etapa do ciclo vital não está organizada e vai depender de como as pessoas viveram sua juventude.

É um fato evidente a feminização do envelhecimento. As mulheres, vivemos mais, mas isso nem sempre é garantia de uma maturidade com qualidade de vida. Em síntese é chegar à etapa da colheita que vai depender do que foi plantado.

“Hay algo deliciosamente escandaloso em la frase: mujer mayor fresca y esplendorosa” (SHINODA BOLEN , 2003).

Referências

CORIA, Clara; FREIXAS, Anna; COVAS, Susana. **Los câmbios en la vida de las mujeres, temores, mitos y estrategias**. Barcelona: Paidós, 2005. p. 63, 66.

FARRÈ, FREIXAS, Anna. **Tan frescas las nuevas mujeres mayores del siglo XI**. Barcelona: Paidós, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <WWW.ibge.gov.br.Expectativa de vida>. Acesso em: dez. 2006.

MANKOWITZ, Ann. **Menopausa, tempo de renascimento**. São Paulo: Paulus, 1990.

NORTHRUP, Cristiane. **A sabedoria da Menopausa**. São Paulo: Gaia, 2005.

SCHENEIDER, Sylvia. **Menopausia la outra fertilidad**. Barcelona: Urano, 1999.

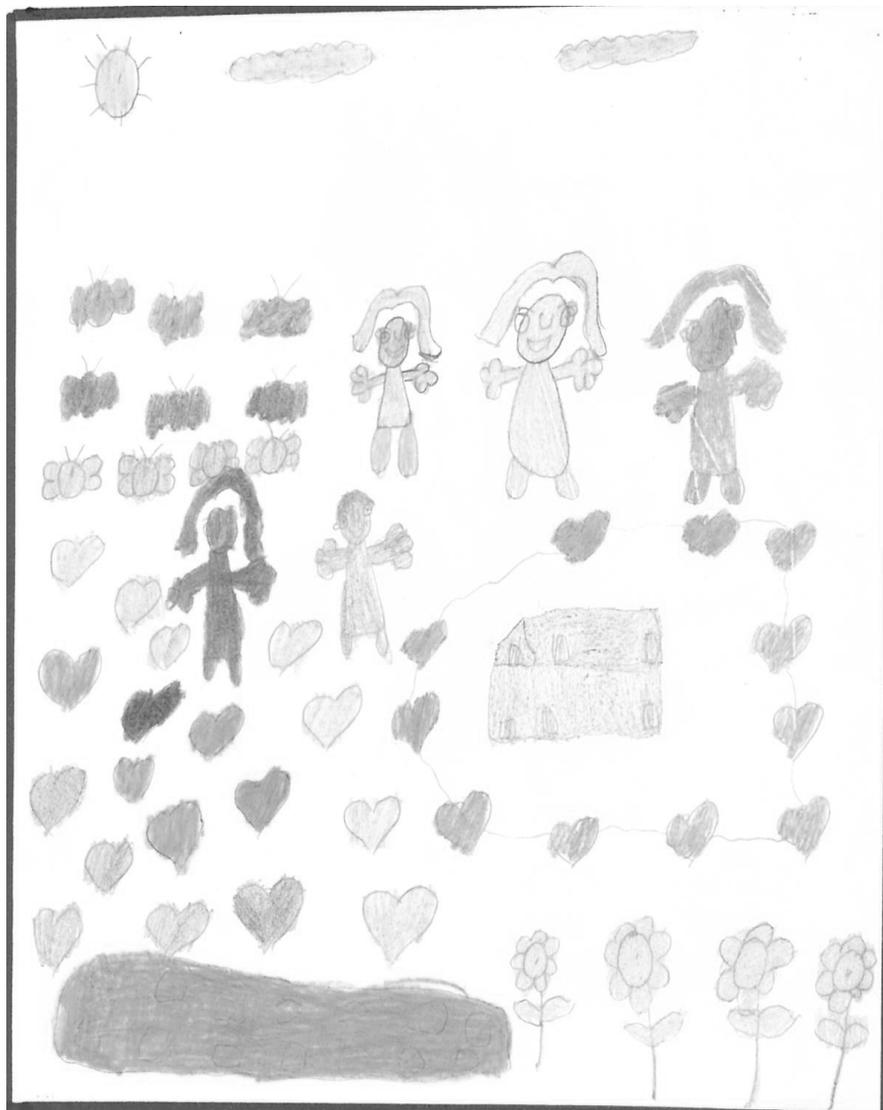
SHINODA BOLEN, Jean. **Las Diosas de la Mujer Madura** - Arquetipos femeninos a partir de los cincuenta. Barcelona: Editorial Kairós, 2003.

STEINEM, Gloria. **Ir más allá de las palabras**. Rompiendo las barreras del género: edad, sexo, poder, dinero, músculos. Barcelona: Paidós, 1996.

VILHENA NOVAES, Joana. **O intolerável peso da feiura:** Sobre as mulheres e seus corpos. R.J.Puc: Garamond Ltda., 2006.

Capítulo V

MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
reflexões sobre a economia solidária e suas contribuições
no campo da saúde mental



Desenho: Elida Raimunda Bitencourt

CAPÍTULO V

MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: reflexões sobre a economia solidária e suas contribuições no campo da saúde mental

Fernanda Tarabal Lopes
Ana Paula Paes de Paula

Introdução

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a atenção à saúde mental **da mulher usuária de álcool e/ou outras drogas**, destacando a questão do **trabalho** pela perspectiva da **economia solidária**. Essa reflexão é fruto de uma pesquisa mais ampla intitulada **Mulheres usuárias de álcool e outras drogas: um estudo sobre o trabalho e a economia solidária como recurso**

terapêutico¹, na qual se analisou a toxicomania entre mulheres, a importância do trabalho como um operador de saúde mental e, mais especificamente, o trabalho pela perspectiva da economia solidária. Os dados dessa pesquisa nos mostraram que ainda são incipientes as iniciativas de economia solidária na saúde mental, álcool e drogas, visto que a maior parte dessas experiências se volta para a saúde mental geral e acabam por desconsiderar as especificidades dessa demanda. Outra lacuna diz respeito às particularidades da mulher, que recebem pouca atenção tanto pela perspectiva das ações e políticas de saúde mental voltada para a dependência química, quanto em relação à perspectiva de sua inserção pela economia solidária. Assim, as reflexões que aqui propomos buscam alinhar esses três eixos de análise: a economia solidária, a toxicomania

¹Título do projeto: “MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: um estudo sobre o trabalho e a economia solidária como recurso terapêutico”. Projeto financiado pelo CNPQ. Nesta pesquisa, elencamos os espaços de formação profissional relacionados à perspectiva da economia solidária na saúde mental, segundo o Ministério do Trabalho e do Emprego e o Ministério da Saúde, em São Paulo e Minas Gerais, constatando a incipiência de iniciativas voltadas para o público usuário de álcool e outras drogas, bem como averiguamos que praticamente inexistem serviços especializados para toxicômanas. As entrevistas realizadas nas instituições abordadas e com as próprias dependentes demonstrou que, de fato, o trabalho e a economia solidária podem significar um elemento importante para recuperação das toxicômanas, tanto como recurso terapêutico, quanto como forma de reinserção social, sendo que, no caso das mulheres, a ideia ganha força pela identidade que elas em geral têm com as questões sociais. A pesquisa também gerou uma série de recomendações para a elaboração de políticas públicas na área, bem como para o tratamento da toxicomania.

e mulheres. Intentamos contribuir com elementos de discussão que se desdobrem em ações e políticas de economia solidária que considerem as singularidades das mulheres usuárias de álcool e outras drogas.

Muitos estudos vêm sendo realizados, tendo em vista o trabalho como forma de reabilitação psicossocial, resgate de cidadania, inclusão e emancipação do sujeito; alguns deles apontam as formas de organização do trabalho, preconizadas na proposta da economia solidária como um caminho possível. Segundo Lisboa (2005), a economia solidária consiste em um novo padrão de desenvolvimento humano. Trata-se de uma economia que se confronta com os interesses da reprodução do capital e do poder, pois possui caráter anticapitalista: ela não está aprisionada na lógica do capital, na valorização da ideia de que “quanto mais se tem, mais se quer”, que historicamente substitui o princípio de “o suficiente me basta”. Dessa forma, a economia solidária aponta para a compreensão de que a economia não é o fim supremo, mas apenas um instrumento que objetiva o sustento da vida e a melhoria da condição humana. Inserem-se, nessa perspectiva, diversas experiências, que incluem formas de agricultura familiar, empresas industriais ou rurais, recuperadas por meio da autogestão, incubadoras de empresas, cooperativas, cooperativas populares, dentre outros espaços de formação profissional. O autor

defende que uma das dimensões importantes para se caracterizar a solidariedade de uma economia consiste na inserção de pessoas excluídas e como se incorporam as relações de gênero no empreendimento.

A proposta da economia solidária na saúde mental atua como forma de inserção social pelo trabalho. Tais iniciativas compreendem as possibilidades de geração de atividade e renda solidárias que permitam o processo de emancipação dos usuários por meio do desenvolvimento de empreendimentos, que promovam espaços reais de trabalho e nos quais haja um envolvimento da atividade cooperada, da participação democrática e da autogestão, do fortalecimento do coletivo, da validação dos saberes e dos recursos das pessoas e dos contextos locais, da inserção no mercado e da possibilidade de ganho econômico real para os participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2006). Tal proposta inclui:

Considerar que a inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compreendida como exercício de direitos, constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade

na perspectiva da inclusão social.
(MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO
DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2006).

O trabalho na economia solidária surge como proposta de inclusão e reabilitação psicossocial, sendo baseada nos princípios da equidade, participação coletiva, autogestão, democracia e cooperação. Dessa forma, busca contribuir com produções significativas e não alienantes, que procuram inserir o sujeito no tempo e no espaço. Historicamente, tem-se o trabalho para os portadores de sofrimento mental como limitado ao simples desenvolver de tarefas que tendem a manter o sujeito na restrição de seu campo existencial. Ao contrário, a proposta do trabalho pela economia solidária busca a “inserção laborativa”, ou seja, a inclusão social pelo trabalho, de modo que o sujeito articule novos campos de interesse, possibilidades e desejos (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007). Nessa perspectiva:

[...] o trabalho não significa apenas a manutenção e (re)produção das condições materiais de existência, mas também a possibilidade de identidade social e valorização pessoal, aspectos estes, reconhecidos dentro da economia solidária. Vemos aqui o trabalho não apenas como produção de via material, mas como possibilidade de inserção social, de reconhecimento e de reconhecer-se como sujeito de sua própria existência no mundo (FAVERO; EIDELWEIN, 2004, p. 37).

A questão de gênero na economia solidária vem sendo abordada por alguns pesquisadores, que apontam o papel central das mulheres nesse tipo de iniciativa, pois, diante das dificuldades, elas tendem a se mobilizar e auto-organizar. Guérin (2005) argumenta que as mulheres são levadas a essas atividades, em primeiro lugar, por necessidade, mas que, além disso, a economia solidária permite que elas percebam o caráter multidimensional da pobreza, constituam espaços de discussão e deliberação coletivas e redefinem a articulação com a família, o Estado, o mercado e a sociedade civil, questionando as assimetrias no que se refere às obrigações familiares.

Embora existam alguns estudos nesse sentido, constata-se que as relações entre as mulheres e a economia solidária foram escassamente estudadas e essa lacuna é ainda maior quando se trata de abordar o trabalho como via para superar o alcoolismo e a drogadição pelas mulheres. Barfknecht, Merlo e Nardi (2006) destacam que os estudos enfocando a saúde mental nos empreendimentos solidários são raros. Mais raros ainda são os estudos que se voltam para a relação álcool, drogas e trabalho.

Tendo em vista a centralidade do trabalho na vida do indivíduo, reforça-se aqui a importância de se compreender o uso abusivo do álcool/drogas e sua

relação com a atividade laboral. Nessa perspectiva, existe a necessidade de investigar formas de reabilitação psicossocial e inclusão social pelo trabalho, o que é vislumbrado na proposta da economia solidária. A nosso ver, este caminho se constitui primordial para se pensar medidas de prevenção e intervenção na dependência química. Nesse cenário, reforça-se ainda mais a necessidade de estudos que enfoquem a questão da mulher. Inseridas na situação do uso abusivo de álcool e outras drogas, tais mulheres estão sujeitas a uma tripla exclusão: pelo mercado de trabalho, pela própria dependência e pela desigualdade nas relações de gênero.

A toxicomania e as mulheres

O campo de estudo do uso de psicoativos por mulheres está em expansão, mas ainda é reconhecidamente pouco sólido e com importantes lacunas a serem preenchidas, lacunas presentes tanto na dimensão sociológica, quanto na dimensão psicológica e psiquiátrica. Apesar do consumo de álcool e outras drogas não ser característica exclusiva do homem moderno, há ainda poucos estudos na literatura sobre a especificidade da dependência química entre as mulheres. Para Brasiliano (2005), a noção de que o uso problemático de substâncias intoxicantes configura um padrão de comportamento masculino vem dificultando a

realização de estudos que investiguem as influências da questão de gênero na toxicomania.

De acordo com os estereótipos sexuais, que estabelecem limites ao comportamento feminino, as mulheres não seriam enquadradas como prováveis toxicômanas. Para Bertolote (1999), de fato, algumas regras de comportamento social, de certa forma, afastam as mulheres do uso de álcool, contudo as mudanças de papéis que vêm acontecendo nos países industrializados favorecerem a toxicomania feminina, pois, atualmente, as mulheres “[...] compartilham uma posição sócio-profissional idêntica àquela dos homens e são solicitadas a consumir álcool ou drogas ‘leves’ na mesma proporção que este” (Cardinal, 1991, p. 283).

De acordo com Bertolote (1999, p. 23), a ingestão problemática de álcool por mulheres se relaciona a eventos traumáticos como, por exemplo, “[...] a morte de ente querido, perda de emprego, separações, rupturas sentimentais, saída dos filhos de casa e menopausa”. Segundo Hochgraf (2001, p.34), “[...] as mulheres passam a beber a partir de eventos significativos, diferentemente dos homens, que não apontam um desencadeante especial”. No caso da cocaína, por exemplo, Hochgraf alega que os indivíduos do sexo feminino apontam, como motivos para iniciar o uso, a depressão, o isolamento social, as pressões profissionais e familiares, bem como

problemas de saúde; ao passo que os homens fazem referência aos efeitos prazerosos da intoxicação. Para Nóbrega e Oliveira (2005), as mulheres associam o uso de álcool principalmente a eventos internos, como questões familiares e suas vidas íntimas, enquanto os homens mencionam eventos relacionados com o trabalho.

Brasiliano (2005), por sua vez, afirma que as mulheres mais predispostas a dificuldades de adaptação, quando confrontadas com os conflitos da modernidade e a pressão por superação de expectativas, como profissionais e mães, são impelidas à utilização de drogas sem finalidade médica. Assim, é possível concluir que a ansiedade oriunda de conflitos internos, ou de conflitos que resultam da interação da mulher com seu ambiente, é fator determinante para a indução do consumo de álcool e outras drogas e para o aparecimento da dependência. Esses conflitos, em geral, dizem respeito a uma baixa autoestima que advém de uma tendência acentuada a subestimar-se e desvalorizar o papel que exercem.

Alguns autores (Simão et al., 1996; Hochgraf, 2001) apontam que as mulheres geralmente começam a usar drogas influenciadas pelos companheiros, enquanto que os homens, pelos amigos. Bertolote (1999) menciona a tendência das mulheres alcoolistas se unirem a parceiros também alcoolistas, o que

decorre de uma proteção mútua, que retarda a busca de ajuda em momento oportuno. Quando a mulher não é toxicômana, é comum que incentive seu companheiro a buscar tratamento, mas quando ela também é adicta, os companheiros em geral se opõem ao tratamento. Brasiliano (2005) também constata essa diferença e acrescenta que as mulheres buscam ajuda sozinhas. Isso é corroborado na investigação feita por Nóbrega e Oliveira (2005, p.820), pois os autores constataram que “[...] a motivação em buscar tratamento partiu das próprias mulheres, quando as mesmas têm a percepção de seus prejuízos e sofrem com as críticas recebidas”.

O pertencimento de tanto homens quanto mulheres a famílias disfuncionais, com altos índices de violência e em que costuma haver a presença de mais de um dependente, contribui para a iniciação ao uso de drogas e para o agravamento da dependência química (Brasiliano, 2005). A maioria das famílias de adolescentes toxicômanos possui laços conflitivos: os membros não são muito próximos, a comunicação entre eles é precária, há falta de afeto e uma hierarquia bem demarcada e, além disso, alguns pais não dão exemplo positivo quanto ao uso de drogas (Guimarães et al., 2008). Em entrevista, a doutora Silvia Brasiliano, coordenadora geral e executiva do Programa de Atenção

a Mulher Dependente Química², acrescentou que as famílias que buscam a felicidade em fatores externos a elas próprias (“o dia que a gente vai ter um carro novo”, “o dia que a gente conseguir comprar aquela televisão”) estariam mais propensas à dependência de substâncias psicoativas. As meninas parecem se adaptar melhor ao estilo de família monoparental do que os meninos; contudo os estudos apontam que a criação por ambos os pais ainda é um fator de proteção para os adolescentes contra a dependência de álcool e outras drogas. As garotas precisam de mais apoio familiar para não se envolverem com grupos desviantes. Além disso, são tão sensíveis ao abuso psicológico quanto físico, ao contrário dos garotos que acham pior a violência física (Guimarães et al., 2008).

No que se refere à comorbidade, de acordo com Simão et al. (1996), de modo geral os dependentes alcoólicos, sejam do sexo masculino, sejam do feminino, parecem exibir mais frequentemente outras patologias associadas do que a maioria da população. Entretanto, as mulheres alcoolistas frequentemente apresentam mais comorbidades com transtornos de humor (Bertolote, 1999), principalmente aqueles relacionados a quadros depressivos e ansiosos, o que inclui também transtornos

² O Programa de Atenção a Mulher Dependente Química (PROMUD) é um serviço especializado oferecido pelo *Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*.

alimentares, enquanto os homens manifestam mais comorbidades com transtornos de personalidade (Hochgraf, 2001). Além disso, as mulheres alcoolistas apresentam maiores taxas de dependência e uso abusivo de sedativos e anorexígenos (Bertolote, 1999). De acordo com Hochgraf (2001), essas comorbidades, frequentes no alcoolismo feminino, não são tão nítidas quando se trata de outras drogas.

Outro fator que chama atenção, segundo Nóbrega e Oliveira (2005, p. 819), é que, nas mulheres, o início dos transtornos psiquiátricos precede o uso do álcool, enquanto que no caso dos homens ocorre o contrário. Dessa forma, acreditamos que é possível conjecturar que, nos homens, a evolução da dependência leva a um quadro psicótico, enquanto que, nas mulheres, a disposição a esse tipo de patologia antecede o uso de drogas.

Bauer (2010) fez um estudo do alcoolismo em mulheres francesas, no qual apresenta quatro casos clínicos discutidos a partir de uma perspectiva psicanalítica. As quatro mulheres estudadas relataram uma relação difícil com suas mães, consideradas destrutivas e intrusivas, projetando expectativas positivas em seus pais, que são, por elas, figuras bastante idealizadas. Além disso, veem os casamentos de seus pais como insatisfatório: havia nelas algo de errado,

porém escondido e negado. Trata-se de mulheres que anseiam por certos padrões de perfeição, mas que se encontram feridas em sua feminilidade por uma mãe negativa e presas a um ideal masculino que as levam a desposar homens que não correspondem às suas altas expectativas.

De acordo com Simão et al. (1996) e Hochgraf (2001), as mulheres alcoolistas começam a beber mais tarde do que os homens, mas apresentam sintomas de dependência mais rapidamente. Já em relação à cocaína, segundo Hochgraf (2001), as mulheres iniciam o uso mais cedo do que os homens (15,6 vs. 18,5 anos), o que demonstra que, neste caso, elas não passam de drogas mais leves para drogas mais pesadas como costuma acontecer com os homens. Como não é possível afirmar que as mulheres tenham maior predisposição psíquica à dependência que os homens, é importante considerar que a rapidez com que a dependência ocorre nas mulheres também está relacionada à sua conformação biológica: a maior sensibilidade feminina ao álcool se deve ao menor volume de água e a maior quantidade de gordura, o que dificulta a diluição alcoólica (Hochgraf, 2001; Nóbrega; Oliveira, 2005). Além disso, elas apresentam níveis menores da enzima álcool–desidrogenase que auxilia no metabolismo da substância em questão (Simão et al., 1996; Hochgraf, 2001). Por outro lado, a predisposição

genética também deve ser considerada, pois há 50% a 60% de probabilidade de a mulher vir a ser alcoolista, caso um dos pais o seja.

Por causa desta configuração biológica, as complicações físicas decorrentes do álcool iniciam mais cedo e são mais graves nas mulheres. Dentre esses problemas, podem-se destacar: transtorno alimentar, pancreatite, cirrose, neuropatias e maior probabilidade de morte (1,5 a duas vezes mais) do que os homens (Hochgraf, 2001). Nóbrega e Oliveira (2005) mencionam ainda que o orgasmo feminino reduz sua intensidade e sofre aumento da latência com níveis elevados de álcool no organismo. Na pesquisa desses autores, uma entrevistada relata que o cabelo e a boca ficam muito secos e a barriga e o rosto ficam inchados em decorrência da dependência alcoólica. Por fim, pode-se lembrar os problemas causados ao feto, no caso de gravidez. A dependência de cocaína, por sua vez, pode acarretar amenorreia, dismenorreia, infertilidade, partos prematuros, além de problemas para os filhos, por exemplo, anomalias congênitas, retardo de crescimento, baixo peso ao nascer, morte neonatal e síndrome de morte súbita na infância. As complicações causadas diretamente no corpo da mulher e os efeitos na gestação decorrentes do consumo de drogas são úteis para mobilizar o tratamento (Hochgraf, 2001).

Outro importante prejuízo para a saúde se refere às doenças sexualmente transmissíveis, já que muitas vezes as mulheres utilizam o corpo como moeda de troca para ter acesso à droga e participam de relações sexuais desprotegidas com parceiros que costumam ser também dependentes (Brasiliano, 2005). Em sua pesquisa com mulheres em tratamento especializado no ambulatório de clínica e pesquisa em álcool e drogas, Nóbrega e Oliveira (2005) apontam que a perda de controle sobre o consumo de álcool levou ao descaso das mulheres em relação às atividades diárias; a agredirem verbalmente familiares; e a terem prejuízo no desempenho do papel de mãe, filha, esposa e profissional. Também foram citados os problemas financeiros decorrentes das dívidas feitas em bares; houve, inclusive, relato de uma toxicômana que pagava bebidas para várias pessoas. Há também que se ressaltar o alcoolismo como preditor da vulnerabilidade feminina à violência em situações diversas. As mulheres alcoolistas são mais propensas a episódios de agressão/violência, como vítima na infância, sendo a agressão inicialmente cometida pelos pais, também alcoolistas, e, posteriormente durante a vida adulta, pelos companheiros (Simão et al, 1997; Brasiliano, 2005).

Na tentativa de minimizar o real problema, as mulheres dependentes buscam uma forma indireta

de tratamento, vão a serviços de ginecologia e clínica geral, onde os profissionais da saúde não possuem treinamento e aparato especializado para o diagnóstico e tratamento da dependência química (Brasiliano, 2005). Além da falta de treinamento das equipes primárias de saúde, a baixa detecção de mulher toxicômana está associada à escassez de centros especializados focados especificamente nas mulheres, que seriam mais atrativos para essa população (Hochgraf, 2001). Pode ocorrer de os profissionais de saúde não relatarem ou anotarem o problema por considerá-lo um dado irrelevante (Simão et al., 1996). Dificuldades financeiras e responsabilidades domésticas, como cuidar dos filhos, também constituem barreira à busca por tratamento, mas estudos mostram que a maior barreira é a do estigma social, no qual a mulher dependente é associada a uma atitude de agressividade e de promiscuidade (Brasiliano, 2005). Inclusive, Nóbrega e Oliveira (2005) revelam que, no ambulatório onde foi feito o estudo, as mulheres raramente comparecem com algum familiar ou companheiro, pedindo até para que eles não sejam informados sobre o tratamento, pois têm vergonha e receio de fracassarem.

Em relação às barreiras que as mulheres se deparam ao buscar tratamento, a Doutora Silvia Brasiliano destaca que:

[...] um homem pode ficar internado pelo período que se achar necessário, uma mulher, isto pode não ser absolutamente verdade, por quê? Porque toda vez que um homem vai pro hospital a mulher automaticamente assume o cuidado com a casa e com os filhos. Uma mulher, ela precisa, pra ser internada, de que alguém se disponha a cuidar dos filhos dela, a levá-los na escola, a tomar conta do dia a dia. Isso nem sempre é automático, não é sempre que uma mulher é internada que o marido se dispõe automaticamente a fazer isso. (Silvia Brasileiro. Entrevista realizada por nós em 2010).

Simão et al. (1996) revelam que, dentre os pacientes alcoolistas atendidos entre 1987 e 1993, no Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, as mulheres aderiram mais ao tratamento do que os homens, embora o padrão de abstinência fosse semelhante para os dois sexos (50%). A hipótese dos autores diante dessa diferença se relaciona a maior motivação feminina em iniciar o tratamento e as dificuldades em fazê-lo e em admitir publicamente a sua situação. Nóbrega e Oliveira (2005, p. 817) afirmam que a mulher, ao buscar tratamento, tem maiores chances de se recuperar do que os homens, “[...] na medida em que percebe a gravidade do problema e procura maneiras de enfrentá-lo, mesmo com os poucos serviços que ofereçam atenção especializada para elas.” Na

entrevista concedida, a professora Silvia Brasiliano relata que “a mulher em geral, quando ela busca ajuda, ela tende a negar menos o seu problema [...] tende a ter maior clareza de seu sofrimento, o homem tende a ter menos clareza.”

Bertolote (1999), por sua vez, relata que aparentemente as mulheres buscam ajuda assim que surgem problemas inerentes ao uso de álcool, antes mesmo do diagnóstico de alcoolismo ser formalmente estabelecido por um profissional da saúde. No entanto, quando esse diagnóstico é feito, parece ocorrer o inverso: elas recuam diante da necessidade de tratamento. Discorre, ainda, sobre a existência de dados que indicam a melhor recuperação das mulheres em curto prazo (6 a 12 meses) e pior em longo prazo (mais de 12 meses). Dessa forma, a hipótese que formulamos de que há maiores chances de sucesso quanto mais precoce for o tratamento parece se confirmar no caso das mulheres, que, quando procuram ajuda, o fazem mais cedo do que os homens.

Os dependentes químicos não constituem um grupo homogêneo, ainda mais quando se fala em homens e mulheres toxicômanos. Nesse sentido, várias diferenças foram apontadas, que atestam a necessidade de tratamentos voltados exclusivamente para as mulheres. Hochgraf (2001) e Nóbrega e Oliveira (2005)

alertam para o predomínio dos interesses masculinos em detrimento dos femininos nos tratamentos mistos, o que decorre do maior número de homens. Tratamentos específicos para as mulheres permitem trabalhar com o abuso sexual, a violência doméstica, as preocupações com os filhos e com o corpo e a baixa autoestima, dentre outros assuntos. Além disso,

[...] no processo de recuperação a mulher basicamente não fala sobre a substância psicoativa, a mulher quer falar sobre os problemas que ela tem associado à substância psicoativa, [...], tais como problemas com o filho, com o marido, com o pai, com o vizinho, bem como o problema que ela tem porque ela quer voltar ao mercado de trabalho, porque ela tá sem dinheiro ou porque ela precisa fazer faculdade. Por sua vez, o homem basicamente quer falar sobre o álcool, a abstinência, como é que ele se sentiu, porque que ele recaiu, porque que ele não pode passar na frente do bar, porque que ele não pode se encontrar com os amigos [...] (Entrevista com Brasileiro, feita por nós em 2010).

Outra diferença importante, que a professora destaca, no que concerne ao tratamento é que

[...] pro homem é fundamental, muitas vezes, ficar longe do grupo de amigos, em geral ele usa a substância com o seu grupo de pares; a mulher, como ela vai ficando muito isolada pelo uso da substância, ela tem que se reinserir na

sociedade para a sua recuperação. É o processo oposto, o isolamento pra mulher favorece o uso, pro homem o isolamento faz com que favoreça com que ele fique abstinente. (Entrevista com Brasileiro, feita por nós em 2010).

Quanto a essa asserção feita por Brasileiro na entrevista, acreditamos ser fundamental acrescentar que, no caso do alcoolismo, tanto homens quanto mulheres começam a beber em situações sociais, na companhia de outras pessoas, como festas e reuniões em bares. Nos casos clínicos das quatro mulheres alcoólatras francesas, examinados por Bauer (2010), isso fica evidente. Para Colette, por exemplo, que frequentava círculos sociais badalados em Paris, o álcool significava uma ponte para um mundo onde tudo podia acontecer, assim:

No contexto social, particularmente com homens, a bebida também criava possibilidades de experiência que, de outro modo, ela não ousaria fazer. Eliminava tabus e inibições, dando-lhe uma sensação de “temeridade”. Já não precisava manter uma *persona* e podia dizer o que queria, ser franca e mesmo desagradável – proferir as tais “verdades que ninguém quer ouvir”. Na presença de homens, sentia-se solta e dionisíaca. (BAUER, 2010, p.106).

Para Solange, os prazeres do álcool começaram com a vida de modelo, sendo que, pouco a pouco, ela passou a beber sozinha:

Solange bebeu pouco até a idade de 22 anos. [...] Só quando se tornou modelo é que exposta a uma vida muito diferente da que levava em seu mundo burguês, descobriu os prazeres do álcool. Quis conhecer “barzinhos” chiques e logo se acostumou a frequentá-los à noite. Às vezes tinha um encontro, mas quase sempre preferia sair sozinha, a fim de beber em esplendor solitário e elegante até a hora de voltar para casa. Todavia, depois que deixou de ser modelo – dispondo de mais tempo e menos dinheiro para gastar – mostrou-se mais liberal na sua escolha de bares. Dos locais finos, frequentados por gente da alta sociedade, passou aos botequins dos pobres. Deixou a champanha pelo vinho barato. Bebia à noite sozinha, mas não em casa e muito menos durante o dia. Em sua vida de casada, a bebida continuou sendo o principal lazer, com a única diferença de que marido e mulher se embriagavam juntos e não sozinhos. [...] A morte dele deixou-a sem companheiro de copo e sem objetivo na vida. Foi então que passou a beber o tempo todo. Começava de manhã e só parava à noite. Não mais se interessava por buscar nos bares a companhia de outros alcoólatras. Só se vestia por decência, para sair e comprar garrafas, que levava para casa e esvaziava sozinha. (BAUER, 2010, p. 110-111).

Os casos estudados por Bauer (2010) evidenciam que, quando as mulheres começam a beber sozinhas, é sinal de que o alcoolismo se instalou: passam então a beber em casa e a esconder as garrafas do marido e dos familiares, em uma tentativa de não enfrentar o problema. No entanto, ironicamente, é justamente quando elas passam a beber sozinhas é que resolvem pedir ajuda. Para Bauer, o isolamento permite que elas abandonem a identidade coletiva de alcoólatras e assumam uma identidade individual:

Poderíamos aventar também que o ato de beber às escondidas, tão comum, sobretudo no alcoolismo feminino, pode ser uma continuação dos sentimentos de culpa e pecado que a criança herda sem compreender. Por um lado, como todo fenômeno tem seu lado negativo e positivo, esse segredo apresenta um aspecto benéfico. Isola a pessoa e a mantém em estado de inconsciência para proteger a respeitável sombra familiar, mas ao mesmo tempo força-a, pelo seu próprio efeito isolante, a passar de uma identidade meramente coletiva para uma identidade francamente individual. Quando as mulheres estavam no auge alcoólico de seu isolamento e repúdio [...] conseguiram pedir ajuda, entrar para os AA e partilhar o segredo de seu alcoolismo. (BAUER, 2010, p.135-136).

Assim, no caso das mulheres, o isolamento pode preceder à busca da abstinência, enquanto que, para

os homens, o isolamento favorece a abstinência. Talvez porque as mulheres consigam se conscientizar que, mesmo em um grupo de alcoolistas, no fundo estão solitárias; já os homens se iludem com a companhia dos “camaradas de copo”. Nóbrega e Oliveira (2005, p.818) também demonstram que, no caso da dependência feminina, o trabalho é uma forma de sair do isolamento e de reinserção da mulher na sociedade, pois, para as entrevistadas de sua pesquisa, “[...] o trabalho significou a via de acesso às oportunidades de participação social, de ascensão, de melhoria das condições concretas de sobrevivência, que passou a ser uma referência do passado.”

Diante das peculiaridades constatadas, no que se refere às dependentes de substâncias psicoativas, concluímos que as mulheres buscam a toxicomania por motivos diferentes dos homens e precisam ser diagnosticadas de acordo com suas singularidades. No entanto, é fundamental mesmo a diferenciação no tratamento, pois elas ficariam mais à vontade para buscar ajuda e permanecer em tratamento, caso dispusessem de serviços de assistência social e legal, atendimento familiar, nutricionistas e grupos de psicoterapia só para mulheres. Um estudo realizado pelo Programa de Atendimento à Mulher Dependente Química (PROMUD), associado ao Grupo Interdisciplinar de

Estudos de Álcool e Drogas (GREa) e ao Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HOCHGRAF; ANDRADE, 2006), confirma o que vem sendo constatado em outras pesquisas, pois verificou que, após seis meses, 66,9% das mulheres alcoolistas permaneciam em programas específicos, enquanto 34,8% delas permaneciam em um programa misto, e após dozes meses esses números vão para 52,6% e 19,1%, respectivamente. Além disso, é importante que o corpo da equipe de atendimento seja predominantemente feminino, pois isso favorece a identificação das mulheres com o tratamento (HOCHGRAF, 2001).

Discutidas as questões sobre a mulher e a toxicomania, a seção seguinte abordará sobre a economia solidária e suas possibilidades diante à toxicomania.

Toxicomania e economia solidária: restaurando o laço social

Apesar das inúmeras definições que têm sido dadas ao movimento da economia solidária, que refletem, inclusive, as diferentes perspectivas que coexistem sobre o tema, alguns elementos são considerados fundamentais. Independentemente do ponto de vista,

é fato que a economia solidária constitui um caminho alternativo, capaz de possibilitar aos envolvidos a vivência da imersão de dimensões sociais – e aqui, leia-se, “laços sociais, solidariedade, ajuda mútua” – no campo econômico. Para alguns autores, os limites da economia solidária apenas permitem que ela seja entendida como uma alternativa para geração de renda e inclusão social, mas a perspectiva assumida neste trabalho é de uma economia solidária em seu sentido mais amplo, como uma alternativa de mudança social.

Trazemos a economia solidária como um contraponto à sociedade em que vivemos, que é permeada pela lógica de mercado, lógica esta que favorece a toxicomania. Segundo Dufor, vivemos em uma sociedade que requer um sujeito “psicotizante”:

Na tendência à dessimbolização em que presentemente vivemos, não é mais, com efeito, o sujeito crítico, colocando prioritariamente uma deliberação em nome do imperativo moral de liberdade, que convém, também não é o sujeito neurótico preso numa culpabilidade compulsiva, é um sujeito precário, acrílico e psicotizante que é doravante requerido – entendo por “psicotizante” um sujeito aberto a todas as flutuações identitárias e, conseqüentemente, pronto para todas conexões mercadológicas. O cerne do sujeito dá lugar ao vazio do sujeito, um vazio aberto a todos os ventos. (DUFOR, 2005, p. 21-22).

Para Dufor, uma das características deste sujeito e sua tendência a adição à mercadoria, que pode ser tanto os produtos de consumo, quanto a droga, considerada por ele uma mercadoria especial. A toxicomania desloca a possibilidade de sublimação, pois distorce a verdadeira busca humana:

A questão não é mais a de fazer da dificuldade de existir uma busca simbólica na qual o que vem preencher imperfeição usual do Outro deve ser sabiamente construído e expresso, notadamente pela expressão artística (poesia, dança, canto, música, pintura [...]). Na toxicomania, essa laboriosa busca é transformada em uma simples dependência com relação a um Outro retirado do campo do desejo e, de algum modo, reinscrito no real da necessidade. Pelo menos assim se saberá o que é do Outro que nos falta: nada mais que um produto químico tão aditivo quanto possível, que poderemos nos proporcionar desde que nos tornemos seu escravo. (DUFOR, 2005, p. 113).

Nesse contexto, a crise da autoridade paterna, que não está sendo reelaborada de forma a diferenciar autoridade de autoritarismo, favorece a psicotização do sujeito, mediada por uma tendência de foraclusão do superego e um culto a uma existência totalmente hedonista: a toxicomania emerge então como via para realizar esta passagem. Quando inserimos a economia solidária, estamos apontando para outra

maneira de pensar a vida social: grupos que dividem responsabilidades pela convivência coletiva por meio de uma lógica solidária, na qual o acesso à palavra está garantido a todos. Há aqui, então, uma tentativa de frear a psicotização do sujeito e da sociedade por meio da restauração do laço social.

É importante destacar que trazer ao campo da Saúde Mental a discussão sobre a proposta da economia solidária insere-se nas conquistas e transformações proporcionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, esse movimento foi fortemente influenciado pela experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio, e se inscreve tanto na referência a um contexto internacional de superação de um modelo asilar, quanto em transformações provenientes da Reforma Sanitária, iniciada no Brasil nos anos 1970, em favor de mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nacionalmente este movimento foi marcado pela Lei nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, após um longo e lento processo de tramitação iniciado em 1989. Tal legislação decreta, dentre outras questões, a progressiva extinção dos manicômios (instituições fechadas) e sua substituição por instituições abertas, tais como: unidades de Saúde Mental em hospital

geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidade de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que busquem preservar a integridade do cidadão. Tal rede, que busca substituir a internação psiquiátrica, tem como ideal o resgate de cidadania dessa parcela de sujeitos excluídos. Em suma, a substituição da lógica hospitalar por novas modalidades de atenção ao sujeito com transtornos mentais se sustenta em princípios de inclusão, solidariedade, cidadania e resgate ético (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Além da sanção da lei, vale destacar que a Reforma Psiquiátrica é um movimento complexo e que vai além das mudanças na legislação, sendo composto por vários atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em diversos territórios, nos âmbitos governamentais, na educação, no mercado dos serviços de saúde, nos movimentos sociais, no imaginário social e na opinião pública. O movimento da Reforma Psiquiátrica significou um grande avanço em termos de transformações sociais do modo de ver e de tratar a loucura, visto que representa a busca de uma maior humanização no atendimento aos portadores

de sofrimento psíquico, optando por uma tentativa de reinserção social em detrimento do afastamento outrora realizado. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica compreende um conjunto de transformações nas práticas, saberes, valores culturais e sociais, mas que, no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais é ainda marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Costa-Rosa (2006), ao comparar o paradigma asilar anterior à Reforma Psiquiátrica com o psicossocial, revela que o primeiro parte de uma concepção na qual o indivíduo é tido como o centro do problema, o que culmina no seu isolamento do meio familiar e social. De modo contrário, o paradigma psicossocial se baseia na noção de que o sujeito não é o único problemático, visão que acarreta a inclusão da família no tratamento e eventualmente de um grupo mais ampliado. Nesse novo contexto, tem-se a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social e promoção da cidadania dos sujeitos portadores de sofrimento mental. Para tanto, são fomentadas a criação de cooperativas, associações e oficinas de geração de renda. Há, aí, o marco da economia solidária, que “como movimento de luta contra a exclusão social e econômica, surge como parceiro natural para a discussão da exclusão

das pessoas com transtornos mentais do mercado de trabalho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nesse contexto, a proposta da economia solidária emerge como uma via possível, tendo em vista, dentre outras questões, a possibilidade de inserção, geração de renda e mudança social. Essa possibilidade se faz ainda mais evidente quando se considera o processo de exclusão no mundo atual do trabalho, o que se torna ainda mais crítico quando se pensa nos usuários de serviços de Saúde Mental, em particular os dependentes de álcool e outras drogas, que são o foco deste trabalho. Além das dificuldades naturais que têm sido encontradas, essas pessoas ainda esbarram no preconceito, o que implica um processo de exclusão ainda mais acentuado.

É necessário evidenciar, primeiramente, em que consiste a economia solidária. Cavedon e Ferraz (2006) destacam que o desemprego e a exclusão social, disfunções do capitalismo, fizeram emergir da sociedade civil iniciativas que buscam a (re)inserção social. Tais iniciativas representam uma possibilidade para os excluídos do mundo do trabalho, sendo conhecidas atualmente como economia solidária. Esta representa então,

[...] uma forma alternativa de autossustentação de uma parcela da população que não encontrou seu espaço no modelo capitalista, seja por não ter as qualificações exigidas pelo mercado de trabalho, seja por seguir fundamentos ideológicos diferentes daqueles propugnados pelo modelo econômico vigente. (CAVEDON; FERRAZ, 2006, p. 94).

As autoras também destacam que a economia solidária tem como objetivo novas formas de atuação que permitam a construção de redes de solidariedade e de igualdade, dentro de uma prática que se diferencie do modo de produção e/ou comercialização capitalista. Essa nova perspectiva de atuação tem como finalidade a realização de objetivos sociais em detrimento do acúmulo do capital, buscando a inserção de indivíduos na teia social. França Filho (2001) expõe que o fenômeno da economia solidária está intimamente relacionado a esta problemática da exclusão social crescente. Ressalta que esta experiência reúne indivíduos preocupados em gerar atividades econômicas que não se distanciem da perspectiva social. Dessa forma, destaca que a economia solidária busca, mesmo que de forma modesta no momento presente, novas formas de regulação da sociedade.

Inserem-se, na perspectiva da economia solidária, diversas experiências que incluem formas de agricultura

familiar, empresas industriais ou rurais, recuperadas por meio da autogestão, incubadoras de empresas, cooperativas, cooperativas populares, dentre outros espaços de formação profissional (SINGER, 2002). Embora exista tal multiplicidade, é válido destacar que todos os empreendimentos que vivenciam a sua proposta, em linhas gerais, apresentam características comuns que acabam por revelar a identidade da mesma.

A economia solidária baseia-se na ideia de que os benefícios da atividade econômica devem estar ao alcance daqueles que a realizam, ou seja, dos trabalhadores. Nesse sentido, tal proposta se apresenta como um mecanismo viável de inclusão social, na qual as pessoas podem se autorrealizar por meio do desenvolvimento do seu trabalho, dos laços pessoais que dele originam bem como do sentido de comunidade que dissemina. A proposta da economia solidária diferencia-se da realidade da sociedade centrada no mercado justamente em função dos seus princípios e valores. Seus fundamentos são o humanismo, a liberdade, a igualdade, a solidariedade e a racionalidade (SINGER, 2002).

No campo da Saúde Mental, que inclui os dependentes de álcool e outras drogas, a proposta da economia solidária se apresenta como forma de inserção social pelo trabalho. Tais iniciativas compreendem as

possibilidades de geração de atividade e renda solidárias que permitam o processo de emancipação dos usuários por meio do desenvolvimento de empreendimentos promotores de espaços reais de trabalho, nos quais estejam implicadas a atividade cooperada, a participação democrática e a autogestão, o fortalecimento do coletivo, a validação dos saberes e dos recursos das pessoas e dos contextos locais, a inserção no mercado e a possibilidade de ganho econômico real para os participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2006). Tal proposta inclui:

Considerar que a inserção no trabalho das pessoas com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compreendida como exercício de direitos, constitui uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade na perspectiva da inclusão social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2006).

O trabalho pela economia solidária surge como proposta de inclusão e reabilitação psicossocial, sendo baseada nos princípios da equidade, participação coletiva, autogestão, democracia e cooperação. Dessa forma, propõe contribuir com produções significativas que busquem inserir o sujeito no tempo e no espaço.

Historicamente, tem-se o trabalho para os portadores de sofrimento mental como limitado ao simples desenvolver de tarefas que tendem a manter o sujeito na restrição de seu campo existencial. Ao contrário, a proposta do trabalho pela economia solidária busca a “inserção laborativa”, ou seja, a inclusão social pelo trabalho, no qual o sujeito articula novos campos de interesse, possibilidades e desejos (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007). Nessa perspectiva:

[...] o trabalho não significa apenas a manutenção e (re)produção das condições materiais de existência, mas também a possibilidade de identidade social e valorização pessoal, aspectos estes, reconhecidos dentro da economia solidária. Vemos aqui o trabalho não apenas como produção de via material, mas como possibilidade de inserção social, de reconhecimento e de reconhecer-se como sujeito de sua própria existência no mundo (FAVERO; EIDELWEIN, 2004, p. 37).

A declaração de um dos usuários de um tratamento de saúde mental que participa da Oficina de Geração de Renda, no ambulatório do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, ofertada pela Secretaria Municipal de Saúde, corrobora nossa proposição:

A economia solidária, para mim, é uma experiência rica, que além do trabalho promove trocas maravilhosas de apoio, carinho, onde não se tem patrão, mas

todos trabalham com responsabilidade, sem discriminação, solidariamente, independente do tamanho do empreendimento. O trabalho além de uma atividade física ou intelectual, para promover riqueza (ou ganho) para si, é um remédio contra o ócio ou algumas limitações, onde o maior capital é o social. (PACHECO, 2008, p. 222).

Dessa forma, a economia solidária acena como uma saída para utilização do trabalho como via terapêutica na recuperação de pessoas com problemas de saúde mental, entre eles os toxicômanos, na medida em que seu *ethos* situa o trabalho como uma forma de criação de identidade e de autorrealização, em um ambiente que refaz os laços sociais e resgata a noção de espaço público. No caso das mulheres, isto assume uma conotação especial, justamente pela identidade que existe entre as iniciativas de economia solidária e o gênero feminino. É o que trataremos na seção seguinte.

Economia solidária, toxicomania e mulheres

No atual cenário econômico e social brasileiro, as relações vêm sendo pautadas cada vez mais pela escassez de trabalho e, conseqüentemente, pela distribuição desigual de renda. Entre os indivíduos que se encontram nessa situação, as mulheres ocupam um papel de destaque, sobretudo por questões históricas. Para Kollonntal (1977), os homens e as mulheres vivem

em condições diferentes, não ocasionados pelas suas diferenças biológicas, mas, sim, pelas construções sociais e econômicas, que ocasionaram uma relação social de sexo.

Essas diferentes condições citadas podem ser observadas nos ambientes de trabalho, mediante as suas divisões sexuais, nos quais as relações de gênero são sustentadas e estruturadas por uma divisão rígida do trabalho; uma vez que o trabalho masculino é, na maioria das vezes, mais valorizado que o feminino. Nos últimos anos, a palavra gênero traz consigo uma proposta de desconstrução da ordem dos poderes cotidianos naturalizados, das relações e dos papéis da mulher e do homem. Segundo Scott, o conceito de gênero integra duas proposições. “[...] é um elemento constituído de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos [...] é uma forma primeira de significar as relações de poder”. (SCOTT, 1989, p.16).

A própria conceituação de gênero demonstra as perspectivas de diferenciação das relações sociais e econômicas intrínsecas na temática. E vem ao encontro da crescente feminilização da pobreza e a persistência da desigualdade entre os sexos, demonstrando a emergência de novas formas de solidariedade. É importante destacar que essas novas formas de solidariedade precisam, sobretudo, levar

em consideração novas práticas de trabalho, que levem em consideração relações mais homogêneas, principalmente no que diz respeito ao gênero.

Nesse âmbito, há que se destacar o trabalho de Guérin (2005), que afirma que, cada vez mais, diante das carências do Estado e do mercado, o recurso à economia solidária aparece como a solução para reinserir o econômico no social e no político. A economia solidária surge como uma possibilidade real de inserção econômica, social e política, das pessoas que se veem excluídas do mercado de trabalho e, devido a sua premissa de igualdade, apresenta-se como uma proposta real para as mulheres. Embora existam alguns estudos sobre o tema, constatou-se, nesta pesquisa, que as relações entre as mulheres e a economia solidária foram escassamente investigadas e esta lacuna é ainda maior quando se trata de abordar o trabalho como via para superar o alcoolismo e a drogadição pelas mulheres. Barfknecht, Merio e Nardi (2006) destacam que estudos, enfocando a saúde mental nos empreendimentos solidários, são raros. Mais raros ainda são estudos que se voltam para a relação álcool, drogas e trabalho.

A questão de gênero na economia solidária vem sendo abordada por alguns pesquisadores que apontam o papel central das mulheres neste tipo de iniciativa, pois, diante das dificuldades cotidianas, elas

tendem a se mobilizar, enfatizando principalmente os valores comunitários e a autogestão (SINGER, 2002). Guérin (2005) argumenta que as mulheres são levadas a essas atividades, em primeiro lugar, por necessidade, mas que, além disso, a economia solidária permite que elas percebam o caráter multidimensional da pobreza, constituam espaços de discussão e deliberação coletivas e redefinem a articulação com a família, o Estado, o mercado e a sociedade civil, questionando as assimetrias no que se referem às obrigações familiares. Desta forma, as mulheres frequentemente são as primeiras agentes práticas da economia solidária, que oferece uma oportunidade para elas lutarem contra as desigualdades de gênero.

Guérin (2005) então demonstra que as iniciativas de economia solidária desempenham um papel de “justiça de proximidade”, essencial em um contexto de pobreza e desigualdade. Além disso, por se constituírem um espaço de troca, interação e discussão, elas permitem o acesso à fala pública para que as pessoas possam participar, oportunizando reivindicações coletivas e transformações institucionais. Considerar as iniciativas da economia solidária como geradoras de espaço público é crucial para os propósitos da nossa pesquisa, pois temos como premissa fundamental, partindo das contribuições de Dejours (1996), que o trabalho só possibilita condições

concretas de sublimação na medida em que instaura um espaço da palavra, ou seja, de expressão autêntica do ser, de elaboração e de ressignificação.

Ocorre que, nos ambientes convencionais de trabalho, permeados pela mecanização e burocratização, inibe-se o estabelecimento do espaço público e abrem-se as portas para as patologias laborais. A economia solidária se apresenta, assim, como uma via para o restabelecimento do trabalho como espaço público. No caso das mulheres, isso adquire maior importância, pois elas costumam ser as protagonistas dessas iniciativas e, segundo Guérin (2005), elas têm necessidade de espaços públicos de proximidade para discutir e debater problemas que afetam sua vida cotidiana. Considerando que o abuso de álcool e substâncias psicoativas entre as mulheres é um tabu e um problema que elas costumam ocultar, esses espaços de trabalho e diálogo surgem como uma possível alternativa terapêutica. Guérin (2005, p.25) ainda aponta que estes espaços levam as mulheres a reencontrar sua dignidade, pois *“[...] permitem a construção de uma identidade, não herdada e imposta pela norma e pelas tradições, mas escolhida e reivindicada.”* Além disso, esses espaços permitem o encontro e a troca de experiências que permitem dirimir os sentimentos de vergonha e culpa, que acreditamos

ser elementos fundamentais, quando de trata de dependência alcoólica e/ou química.

A autora ainda afirma que as iniciativas de economia solidária permitem a familiarização e a refamiliarização com reciprocidade, que é chave para o estabelecimento de laços sociais. A dimensão da sociabilidade de proximidade é própria do gênero feminino, que se envolve ativamente na criação e manutenção de redes relacionais. Por outro lado, as mulheres transgridem as hipóteses da teoria econômica padrão em dois aspectos: ao racionalismo utilitarista elas opõem o altruísmo familiar, e às normas de mercado de trabalho elas impõem suas diferenças como mães e mulheres.

De acordo com Guérin (2005), essa lógica feminina é congruente com as iniciativas de economia solidária, nas quais se reconhece a importância das práticas recíprocitárias, que aqui não são um resíduo da tradição, mas uma virtude feminina que advém de uma forma diferente de agir economicamente. Assegura-se, assim, que a finalidade econômica seja acompanhada pela finalidade social, que é produzir vínculos solidários, de auxílio mútuo e reciprocidade. Além disso, a posição feminina compartilha da elaboração de formas alternativas à concorrência na medida em que constrói espaços públicos de proximidade que levam a uma

“coconstrução” da oferta e da demanda. Esta construção conjunta se articula pela vivência cotidiana das pessoas, referida ao contexto espaço-temporal e sociocultural que estabelece “microespaços públicos de proximidade”, que possibilitam às pessoas fazerem uso da palavra, decidir, elaborar e colocar em ação os seus projetos.

De um modo geral, a partir da ótica das relações de gênero e emancipação feminina, a economia solidária pode contribuir das seguintes formas (NOBRE, 2003):

- a) para aliviar o cotidiano das mulheres, pois estas partilham o peso de suas “obrigações”, contribuindo para uma melhor articulação entre a vida familiar e profissional;
- b) no contexto de trabalho solidário, as mulheres contam com espaços de discussão privilegiados para expressar reivindicações e pressionar efetivamente as autoridades públicas para a construção de políticas públicas de gênero, ajudando, assim, no desenvolvimento da capacidade da mulher contribuir para as mudanças sociais e institucionais mais favoráveis para elas;
- c) viabiliza o acesso ao crédito; e,

d) proporciona a emancipação financeira da mulher.

As pesquisas apontam que é grande e expressiva a participação das mulheres nas organizações de cunho solidário, sobretudo ocupando cargos de dirigentes nesses empreendimentos. As experiências coletivas, em funções de liderança ou não, são possibilitadoras do reconhecimento e da visibilidade das atividades das mulheres e a sua atuação ultrapassa a ação comumente a elas atribuída, de reivindicações sociais. Assim, quebra-se a ideia de que as atividades na economia solidária são muito próximas do trabalho comunitário, tido como território das mulheres, pois tratam de atividades de trabalho coletivo e solidário, mas não assistencialistas, uma vez que são atividades produtivas geradoras de renda (CULTI, 2004).

Há que se considerar ainda o caráter dual da economia solidária, pois, como demonstra Lima (2006), ela tanto pode significar a autonomia do sujeito quanto a precarização do trabalho, uma vez que, quase sempre, tem um caráter informal. Isso é fundamental, pois é preciso considerar que a inserção das mulheres no mercado de trabalho é cercada de diversas problemáticas, entre elas justamente a precarização dos contratos (OLIVEIRA, 2008). No entanto, não se pode subsumi-la aos aspectos negativos, pois, como aponta Gaiger

(2007), as iniciativas de economia solidária atuam no âmbito da diminuição das desigualdades e possibilitam uma participação efetiva e democrática, uma vez que a união e o espírito de solidariedade são vias de luta pela dignidade e de transformação social.

Reflexões finais: recomendações para políticas e ações

Buscou-se, com este trabalho, refletir sobre a questão da mulher usuária de álcool e outras drogas, trazendo para a discussão a perspectiva da economia solidária na saúde mental. A intenção é que, por meio do suporte teórico oferecido e das discussões estabelecidas, seja possível traçar relações entre essas variáveis, em geral pouco estudadas, e assim oferecer elementos que subsidiem ações e políticas voltadas para as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, seja pela atenção às singularidades do gênero e sua saúde mental em específico, seja pela perspectiva da economia solidária.

Ao se pensar em ações voltadas para a mulher, é importante considerar suas particularidades, no que diz respeito às questões sociais, culturais, subjetivas e psíquicas. O referencial teórico estudado nos demonstra que o trabalho apresenta, para a mulher, uma condição fortemente estruturante, tanto psíquica quanto socialmente. Isso se reforça na condição cultural, na

qual a mulher, embebida pelo preconceito, se isola socialmente e tende a esconder o problema. Assim, o trabalho atua como um elemento reconstrutor de laços e que possibilita a inserção da mulher em espaços e grupos sociais. Essa inserção possibilita o estabelecimento do laço social deteriorado pela utilização da substância psicoativa. Além disso, entendemos que a (re)construção desse laço ocorre, de fato, quando há possibilidade de estabelecimento de relações autênticas entre os sujeitos, quando há, de fato, a construção de um espaço público, caminho este que percebemos via economia solidária. Considerando o trabalho como elemento fortemente estruturante para a mulher e o fato destas serem, em geral, maioria nessas iniciativas, além de terem maior afinidade com elas, conforme constatado na literatura; percebemos, nesta via, um enorme potencial.

Gostaríamos de destacar que o trabalho representa um elemento fortemente importante a se considerar na atenção à saúde mental para recuperação das usuárias de álcool e outras drogas, no que se refere ao seu potencial de recurso terapêutico, atuando como forma de reinserção social.

Nessa perspectiva, cabe-nos recomendar, das reflexões tecidas neste capítulo, que sejam criadas políticas públicas específicas para o atendimento das

mulheres toxicômanas, nas quais sejam observados aspectos como:

- a drogadição entre as mulheres tem características específicas, e assim depende de tratamento especializado;
- centros de tratamento de drogadictos com profissionais especializados devem ser criados e a abordagem do gênero feminino como um caso específico deve ser levada em consideração;
- questões econômicas, sociais e subjetivas devem ser tomadas como referência na elaboração das políticas e, no caso das mulheres;
- tais tratamentos precisam se valer de uma abordagem sistêmica e multidisciplinar, envolvendo o grupo familiar do qual a toxicômana faz parte;
- nossa discussão aponta que o uso do trabalho e da economia solidária como recurso terapêutico pode ser uma saída, pois contribui para restabelecer a noção de espaço público e dialogicidade, que é fundamental no tratamento da toxicomania, sendo que no, caso das mulheres, a ideia ganha força pela identidade que elas em geral têm com as questões sociais;

- para a implementação de oficinas de trabalho no âmbito da economia solidária como recurso terapêutico e forma de geração de renda precisa levar em conta as características dos toxicômanos, especialmente da população feminina.

Por fim, espera-se que este trabalho possa contribuir com elementos norteadores para políticas e ações que se voltem para a saúde mental da mulher toxicômana, no que concerne à sua singularidade e à possibilidade terapêutica do trabalho, mais especificamente via economia solidária.

Referências

BARFKNECHT, K. S.; MERLO, A. R. C.; NARDI, H. C. Saúde mental e economia solidária: análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 54-61, 2006.

BAUER, J. **O alcoolismo e as mulheres**. Contexto e Psicologia. 11 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

BERTOLOTE, J. M. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? **Revista da ABEAD**, Porto Alegre, v.2, n.1, p. 21-27, 1999.

BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química**. 2005. 248p. Tese

(Doutorado em Medicina) – Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARDINAL, N. A mulher e a toxicomania. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

CAVEDON, N. R.; FERRAZ, D. L. Tricotando as Redes de Solidariedade: As Culturas Organizacionais de uma Loja Autogestionada de Economia Popular Solidária de Porto Alegre. **Revista Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 13, n. 39, p. 93-111, out/dez, 2006.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CULTI, M. N. Mulheres na Economia solidária: Desafios Sociais e Políticos. In: IV Congreso Europeo CEISAL de Latino-americanistas, 4, 2004, Bratislava. **Anais...** Bratislava: CEISAL, 2004.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (Org.) **O indivíduo na organização**. Dimensões Esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996.

FAVERO, E.; EIDELWEIN, K. Psicologia e cooperativismo solidário: possíveis (des)encontros. **Psicologia&Sociedade**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 35-40, set/dez. 2004.

FRANÇA FILHO, G. C. Novos arranjos organizacionais possíveis? O fenômeno da economia solidária em questão

(precisões e complementos). **Revista Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 8, n. 20, p. 01-14, 2001.

GUÉRIN, I. **As mulheres e a Economia solidária**. São Paulo: Loyola, 2003.

GUIMARÃES, A. B. P.; HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S.; INGBERMAN, Y. K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e outras drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 69-74, 2008.

HOCHGRAF, P. B. Mulheres Farmacodependentes. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, São Paulo, v. 2, supl.1, p. 34-37, 2001.

HOCHGRAF, P. B.; ANDRADE, A. G. A questão do gênero nas farmacodependências. In: CORDAS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde Mental da Mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KOLLONTAL, A. **Die Situation der Frau in der gesellschaftlichenEntwicklung: VierzehnVorlesungenvorArbeiterinnenundBäuerinnenan derSvedlov-Universität1921**. Frankfurt: VerlagNeueKritik, 1977.

LIMA, J. C. Trabalho informal, autogestionário e gênero. **Revista Sociedade e Cultura**, Goiânia, v.9, n.2, p. 303-310, jul./dez. 2006.

LISBOA, A. M. Economia solidária e autogestão: imprecisões e limites. **Revista de Administração de**

Empresas, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 109-115, jul./set., 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Saúde Mental e Economia solidária**. Relatório Final do Grupo de Trabalho. Brasília: Governo Federal, 2006.

NÓBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.5, p. 816-823, 2005.

OLIVEIRA, J. P. Mulheres na economia solidária: possibilidade de reconhecimento e emancipação social. **Revista Sociedade e Cultura**, Goiânia, v.11, n.2, p.325-332, jul./dez. 2008.

PACHECO, J. L. Inclusão Social através do Trabalho. In: CORTEGOSO, A. L.; LUCAS, M. G. (Orgs.). **Psicologia e Economia solidária**. Interfaces e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1989.

SILVA, E. P.; OLIVEIRA, T. M.; BERTANI, I. F. Saúde Mental e Economia solidária: uma relação em construção.

In: Encontro Internacional de Economia solidária, 5, 2007, São Paulo. **Anais....** São Paulo: NESOL-USP, 2007. p. 1-10.

SIMÃO, M. O.; KERR-CORREA, F; ORTZ, K.; LIMA, M. E. C. Diferenças entre homens e mulheres dependentes atendidos em serviço de saúde de Botucatu. **Revista ABP- APAL**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 95-100, 1996.

SINGER, P. **Introdução à Economia solidária**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

Capítulo VI

EM BUSCA DE UMA CLÍNICA DA REDUÇÃO DE DANOS NUM CAPSAD



Desenho: Roberto Gonçalves

CAPÍTULO VI

EM BUSCA DE UMA CLÍNICA DA REDUÇÃO DE DANOS NUM CAPSAD

Ricardo Wagner Machado da Silveira

Este trabalho pretende contar a trajetória de um projeto de pesquisa-intervenção, realizado num CAPSad da rede pública de saúde mental, de uma cidade do Triângulo Mineiro, de 2009 a 2013. Este projeto, que esteve sob a nossa coordenação, contou com a participação de discentes do curso de psicologia de uma universidade pública federal. O embasamento teórico e metodológico teve como principais referenciais conhecimentos advindos da Análise Institucional e das Políticas Nacionais de Redução de Danos e de Educação Permanente em Saúde, com o intuito de contribuir com a melhoria do trabalho em equipe e a mudança do modelo de cuidado em saúde, realizado em tal serviço, e que, até aquele momento, privilegiava o atendimento baseado na lógica da abstinência total. Ao final desta experiência, podemos dizer que contribuímos, na medida do possível, para a implantação e o fortalecimento da política e das práticas clínicas e educativas de redução de danos, preconizada pelo Sistema Único de Saúde dentro e fora do CAPSad e da rede pública de cuidados em saúde mental da cidade.

Em 2009, fomos procurados pela coordenadora do CAPSAd da rede pública de saúde mental de uma cidade do Triângulo Mineiro. Ela havia sido empossada no cargo recentemente e, como já atuava como psicóloga no serviço desde sua implantação em 2004, trazia-nos uma demanda de intervenção junto à equipe a fim de promover maior integração desta, bem como mudanças nas formas de tratamento oferecidas no serviço para alcançar uma maior coerência com as políticas públicas de saúde mental, propostas pelo Ministério da Saúde para o cuidado de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. As práticas de cuidados em saúde e o discurso dos profissionais giravam quase que exclusivamente em torno da busca da abstinência total como objetivo terapêutico e critério de melhora e alta do tratamento, enquanto o Ministério da Saúde estimulava a implantação da inovadora proposta política e clínica de Redução de Danos (RD).

Para início de conversa, então, tratemos brevemente da crítica ao modelo da abstinência total. De acordo com o Ministério da Saúde (2003), historicamente, as práticas de cuidado em saúde para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas foram sempre baseadas em preceitos religiosos e psiquiátricos, tendo como meta fundamental a busca da abstinência total através do controle moral e

medicamentoso, acontecendo em estabelecimentos de internação e exclusão social com contenção e tutela, justificada pela desintoxicação e suposta readaptação social.

Segundo o Ministério, tais tratamentos podem beneficiar em torno de 30% da população atendida, sendo este um dado questionável e provavelmente superestimado. No caso de tratamentos compulsórios, as recaídas são muito comuns, os danos sociais (especialmente a violência intrafamiliar) são graves, a adesão à rede de atenção em saúde mental fica muito difícil e o risco da porta giratória, com infundáveis reinternações psiquiátricas e em fazendinhas (estabelecimentos que insistem em se denominar comunidades terapêuticas, terminologia tão cara para a história da reforma psiquiátrica) acaba por comprometer gravemente a reinserção psicossocial destes pacientes que tendem à cronificação (NUNES et al., 2010).

Neste cenário, a lógica manicomial hegemônica baseia-se em três formas de interpretação do que vem a ser o uso de drogas e o que deve ser feito com o usuário: do ponto de vista da saúde, o uso de drogas é denominado uma dependência química e deve ser tratado com internação psiquiátrica para desintoxicação; do ponto de vista da justiça, o uso de drogas é considerado delito e deve ser tratado com punição legal; do ponto

de vista da religião, o uso de drogas é um pecado e o tratamento é a conversão. Portanto, os usuários são, assim, encaminhados para as cadeias, as igrejas (fazendinhas), as enfermarias e prontos atendimentos psiquiátricos (SIQUEIRA, 2010).

Essas três formas de interpretação do uso de drogas compõem o chamado paradigma da abstinência, que não se restringe a uma meta a ser alcançada no manejo clínico, mas a uma série de dispositivos de poder, capilarizados no social, que definem a “governabilidade das políticas de drogas e que se exercem de forma coercitiva na medida em que fazem da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso” (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Voltemos um pouco na história das políticas públicas de saúde brasileira para melhor contextualização deste processo de mudança paradigmática proposto pela RD. Como estratégia de cuidado e prevenção da disseminação do HIV, inicialmente voltada para grupos sociais mais vulneráveis (como era o caso de usuários de drogas injetáveis) e, mais tarde, para toda a população, que passa, também, a se reconhecer vulnerável, surge a política de RD, baseada nos Direitos Fundamentais da Pessoa, no qual o usuário de álcool e outras drogas é visto como cidadão e não mais como

pecador, criminoso ou doente, ampliando-se a clínica e as possibilidades de cuidado e responsabilização de todos os envolvidos nesse cenário. Cenário este agora destituído de estigmas, implicado na busca da saúde e minimização de vários agravos provocados pelo uso prejudicial de drogas (como é o caso das hepatites, absenteísmo, solidão, falta de moradia, de alimentação, de dignidade, etc.), respeitando o direito do usuário de escolher manter o uso com ou sem o desejo de alcançar a abstinência, ajudando-o a dar conta de cuidar de si o quanto for possível para que possa ter o aconchego em um território de vida minimamente vivível (SIQUEIRA, 2010).

Tendo em vista a indissociabilidade entre clínica e política de que nos falam Passos e Barros (2004), considera-se que a RD opera uma ampliação da clínica através de uma postura ética de acolhimento integral aos usuários de álcool e outras drogas, em que o cuidado se dá a partir do “protagonismo dos diferentes atores implicados nas práticas de saúde, de tecnologias relacionais fortalecedoras dos vínculos, da defesa do direito dos usuários e da força dos coletivos” (PASSOS, 2010, p. 8-9).

Nos dias atuais, vemos que o uso de drogas está frequentemente associado ao hedonismo, à evitação da dor, ao narcisismo e ao individualismo consumista, que

caracterizam a produção hegemônica da subjetividade contemporânea. Diante disso, a sociedade tende a considerar que a solução para o usuário de drogas seria a abstinência total e imediata numa “guerra contra as drogas” sensacionalista e pouco resolutive. Em contrapartida, a RD vem propor uma nova maneira de abordar/tratar o usuário de drogas, colocando “entre parênteses” a questão da droga para dar ênfase à existência da pessoa e o resgate da sua cidadania. Os critérios de tratamento e as expectativas de melhora do usuário não são maniqueístas. A flexibilidade e a capacidade de acolhimento no manejo clínico, juntamente com o fomento à autonomia, à responsabilização por parte do usuário em relação aos cuidados da sua saúde são objetivos fundamentais desta política, sempre considerando que a busca de maior justiça social é a base desta e de qualquer política pública a ser implantada com sucesso no país.

Diante das grandes dificuldades de implantação de um eficaz programa de atendimento aos usuários de droga, devido a fatores como o estigma, a falta de capacitação profissional das equipes de saúde, a baixa adesão do usuário, a falta de tecnologias eficientes de busca ativa e construção de vínculos, além da precariedade dos cuidados na Atenção Primária em saúde, consideramos estratégica a necessidade de

capacitação profissional para o trabalho nesse novo paradigma com a disseminação, em todos os níveis de atenção à saúde, dos pressupostos e ações preconizadas pela clínica-política da RD.

Nesse sentido, é interessante notar que, diante do “falso” embate entre uma clínica da abstinência e uma clínica da RD, acabamos por testemunhar a prática de terapeutas que se dizem partidários da abstinência, agindo como redutores de danos sem se dar conta disso e vice-versa, o que retifica os ensinamentos da Análise Institucional, quando afirma que, ali onde a positividade e o saber de uma instituição se afirmam, é exatamente onde se engendra a negatividade desta mesma instituição e o seu não saber.

A Análise Institucional é uma corrente do Movimento Institucionalista que prima pela transdisciplinariedade, critica todas as formas de especialismos e profissionalismos que gerem uma concentração macro e/ou micro fascista de poder de um suposto saber sobre outro, como o que historicamente acontece na relação entre saberes científicos e populares; luta pela força investigativa e interventiva da autoanálise e da autogestão dos coletivos e contra toda forma de exploração, dominação e segregação (LOURAU, 2004, BAREMBLITT, 2002; L’ABATTE, 2003; PEREIRA; PENZIM, 2007).

As instituições se caracterizam por serem sistema de normas, que incluem os modos como os indivíduos concordam, ou não, em aderir a essas normas e, assim, as relações sociais reais e as normas sociais também fazem parte do conceito de instituição. A instituição não atua a partir do exterior para regular a vida de grupos ou condutas dos indivíduos, mas “atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo” (LOURAU, 2004, p. 71).

O CAPSad, como estabelecimento, é atravessado por várias instituições com suas forças instituintes e instituídas que têm, como condição de sua existência, o embate incessante, visível e/ou invisível. Trata-se de forças instituintes de contestação e transformação institucional pedindo passagem, tentando se atualizar em luta com forças instituídas que representam uma ordem estabelecida, normas e modelo de normalidade que tentam se perpetuar. E esses dois polos se materializam no cotidiano do serviço e dinamizam sua vida organizacional (BAREMBLITT, 2002; LOURAU, 2004, 2004a).

Ao fazer a análise da demanda que nos foi apresentada pela coordenadora do CAPSad, nosso primeiro passo foi debatê-la com o coletivo envolvido, ou melhor, com parte do coletivo envolvido, a equipe

de trabalhadores do CAPSad. Dizemos parte, porque, quando cogitamos perguntar também aos usuários atendidos no serviço o que eles achavam dessa demanda, surge o primeiro ruído na nossa comunicação com a equipe, que reage justificando que a demanda apresentada dizia respeito apenas a ela, equipe, e não aos usuários. A ausência quase que constante deste importante protagonista, o usuário, no processo investigativo-interventivo nos atravessou desde o início e foi objeto constante de análise da nossa implicação ao longo do trabalho, mas disso trataremos mais à frente.

Na análise institucional, uma das ferramentas privilegiadas é a análise da implicação da equipe de analistas institucionais. A implicação é um processo que ocorre nessa equipe a partir dos encontros que se dão com a organização analisada, inspira-se na ideia de contratransferência da Psicanálise, mas não se restringe ao que se produz consciente e inconscientemente na relação analista-analisado. Trata-se de um processo de materialidade heterogênea, complexa, um processo econômico, político, psíquico, não reativo, mas recíproco, simultâneo, parte indissolúvel do processo de análise variável dos encontros e embates, que ocorrem quando operam os analisadores (LOURAU, 2004a; BAREMBLITT, 2002).

A análise da implicação passa pela análise da demanda e da oferta numa tentativa de desconstrução das ilusões da neutralidade analítica. De qualquer modo, é sempre o analisador quem dirige a análise. E o importante para o analista é tudo aquilo que lhe é dado por sua posição nas relações institucionais e, nessas posições, ele tem a possibilidade de tomar consciência dos efeitos dos analisadores que desencadeiam a intervenção. “Não tem apenas de reconhecer e legitimar, ou mesmo exaltar, a existência dos analisadores; deve compreender que somente os analisadores o constituem como analista” (LOURAU, 2004, p. 80).

Afinal, o que são os analisadores? O analista deve atentar-se e procurar identificar os analisadores, fenômenos produzidos espontaneamente pela própria dinâmica institucional ou construídos pelos analistas institucionais, com finalidade investigativo-interventiva, por serem eles constituídos de uma materialidade expressiva heterogênea, que manifestam e denunciam aspectos institucionais conflitantes, reprimidos, inconscientes, ao mesmo tempo em que contêm os elementos para dar início ao processo de seu próprio esclarecimento (LOURAU, 2004).

Como já foi dito, consideramos o processo de capacitação para o trabalho com novas políticas públicas, como é o caso da RD, uma das estratégias

privilegiadas de mudança na produção de saberes e práticas coletivas no CAPSad. Somado a isso, acreditamos na autoanálise e na autogestão como forma de exercício do protagonismo grupal, como apregoa a Análise Institucional e foi a partir destes princípios teórico-políticos e clínicos e das demandas que nos foram apresentadas, que elaboramos uma proposta de pesquisa-intervenção, que se realizou desde 2009 até o mês de maio de 2013, no CAPSad.

Orientados pela ideia fundamental de Lourau de que quem faz a análise é o analisador e não o analista, propôs-se à equipe dois analisadores construídos, que chamamos de roda de autoanálise e observação cartográfica. Para trabalhar as relações de equipe, foi pactuado que utilizaríamos a “roda de autoanálise” como espaço privilegiado para trabalhar as relações de trabalho e interpessoais da equipe no dia a dia do serviço. O outro analisador pactuado foram as observações cartográficas do cotidiano do CAPSad, a serem feitas pela equipe de analistas institucionais, analisador que se mostrou de grande importância para o processo de cartografia das relações de poder em jogo e que nem sempre ficavam claras nas rodas de autoanálise, contexto em que a equipe ficava mais exposta para si mesma e, conseqüentemente, processos de resistência ao trabalho em grupo para

lidar com seus sofrimentos, conflitos e potencialidades. As rodas de autoanálise ocorriam quinzenalmente, as observações cartográficas eram feitas semanalmente por dois analistas institucionais, alunos do curso de graduação em Psicologia e participantes deste projeto, que se configurou como projeto de pesquisa de iniciação científica sob a nossa coordenação e com uma bolsa fornecida pelo CNPq.

Vale esclarecer que a pesquisa cartográfica ou pesquisa-intervenção é uma forma de fazer pesquisa que parte de um modo de ação não prescritivo, sem regras iniciais formuladas previamente, nem objetivos previamente estabelecidos, sem que com isso tenhamos aqui uma ação sem direção. Assim, é necessário ao “cartógrafo um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou à suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga” (PASSOS, KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 30).

A riqueza dos dados produzidos e da implicação da equipe de analistas institucionais é exaustivamente debatida nas rodas de autoanálise, que ocorrem a cada semana e a que chamávamos de roda de autoanálise da equipe de analistas institucionais. A intenção era ampliar ao máximo a comunicação, o contágio e as ressonâncias

entre os analisadores: roda de autoanálise, observações cartográficas e rodas de autoanálise da equipe de analistas institucionais, com o intuito de fazer operar a transversalidade.

A transversalidade diz respeito a uma desterritorialização dos saberes instituídos, problematização do *setting* clínico, como no caso de uma interpretação que desmantela uma dada sintomatologia do grupo e que possa advir de qualquer pessoa, não necessariamente daquelas que institucionalmente detêm uma parcela do poder de interpretar, como os “psis”, os enfermeiros, os assistentes sociais ou os médicos. A força instituinte está no fato de que qualquer um dos atores envolvidos pode se apropriar/criar/potencializar um saber. Qualquer um que não se encaixe, que escape aos profissionalismos, aos especialismos, e que costume ser visto como portador de um não saber ou um saber destituído de verdade, tem a possibilidade de colocar em palavras, de dar novos significados ao que acontece, ao que é problematizado no dia a dia. A transversalidade faz uma diagonal que desvirtua uma pura verticalidade e uma simples horizontalidade, constituindo novos modos de ver e falar sobre o que se passa (GUATTARI, 2004).

A ideia é de que a roda possa servir para a equipe “parar para pensar” em seus modos de fazer clínica, “parar para pensar” como fundamento do manejo clínico

dos usuários de álcool e outras drogas que se estende aos cuidadores dessas pessoas (LANCETTI, 2006).

Por outro lado, a roda é uma das estratégias de Educação Permanente em Saúde, defendida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e Cultura, para capacitação dos profissionais de saúde em serviço. A proposta pedagógica da Educação Permanente em Saúde, defendida pelo Ministério da Saúde, é considerada uma metodologia mais eficaz para a capacitação dos profissionais de saúde em serviço já que busca a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Nesse sentido, a educação permanente em saúde pode funcionar como uma estratégia de gestão do serviço e da equipe, das demandas e dos modos como a equipe lida com elas (BRASIL, 2005).

Os profissionais da saúde mental sofrem cronicamente de uma formação profissional, balizada por dicotomias historicamente construídas e ideologicamente alimentadas em uma sociedade que investe o poder no saber científico e tecnicista, resultando na definição de objetos de estudo formatados por binômios como saúde-doença, indivíduo-sociedade, saúde individual-

saúde coletiva, desconsiderando sua coexistência e suas múltiplas determinações históricas e políticas.

Quando se segue esta lógica das binarizações, perdemos de vista a riqueza dos atravessamentos e ressonâncias possíveis entre as singularidades dos casos atendidos na clínica e os recortes das análises coletivas sobre tais casos e sobre o cotidiano de práticas e relações dentro dos estabelecimentos, num jogo de forças entre o público e o privado, o individual e o coletivo, que se imbricam e se constituem mutuamente e, indissociavelmente, o que possibilitaria a criação de saberes e práticas em saúde a partir de uma lógica das transversalidades e não mais das dicotomias (BRASIL, 2004a).

Desconstruir esta dicotomia reducionista é um dos grandes desafios que se apresenta. Nesse sentido, todas as iniciativas de educação permanente em saúde podem “se inscrever como uma “micropotência” inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde” (CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p. 45). O objetivo é poder vislumbrar o funcionamento do quadrilátero que integra ensino-atenção-gestão-controle social e, nesta convocação pedagógica, nessa trama de conexões, possa se traçar um caminho que

produza tecnologias leves, termo cunhado por Merhy (1994) para o que designamos como escuta, interação e olhar acolhedores, que propiciam os bons encontros, os atos de saúde inovadores e mais resolutivos (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Concomitante à tarefa destrutiva destas lógicas binárias, nossa tarefa construtiva é forjar uma pedagogia em ato, que acontece em cenários de práticas profissionais, concebidos como campo de investigação e aprendizagem recíproca, dando-se através de processos interativos entre trabalhadores, docentes, discentes e usuários do SUS com vista a ações que transformem a realidade locorregional.

Além disso, a autoanálise e a autogestão como operadores de uma Análise Institucional têm grande coerência com os princípios de corresponsabilização pelos processos de saúde-doença-cuidado defendidos pelo SUS, em que todos os atores sociais envolvidos são protagonistas de práticas inovadoras que concretizem a política de promoção, prevenção, reabilitação e reinserção social dos usuários da rede de atenção em saúde mental.

Depois desta breve apresentação de políticas, teorias e metodologias, que constituíram as bases desta experiência, podemos voltar ao nosso caso com

melhores condições de contar esta história investigativa e interventiva realizada.

No primeiro ano de trabalho, o CAPSad estava credenciado no nível II pelo Ministério da Saúde. Tratava-se de uma equipe formada por aproximadamente 20 profissionais, entre eles psicólogos, assistente social, psiquiatras, uma pedagoga, profissionais de serviços gerais e vigilantes que, até então, adotavam, como estratégias de atendimento, as oficinas terapêuticas, a psicoterapia individual e alguns poucos grupos terapêuticos, além de um grupo de familiares e alguns grupos informativos. Esta equipe se dividia em dois turnos e tinha importantes problemas de comunicação, principalmente na passagem dos turnos, ao ponto de, às vezes, parecer se tratar de duas equipes distintas.

A equipe iniciava a reflexão e conseqüente construção do papel de terapeuta de referência que, muitas vezes, era confundido com o psicoterapeuta individual do paciente, com riscos de se tornar o responsável quase que exclusivo pelo caso, em vez de ser um membro da equipe com vínculo significativo com o paciente e que deveria catalisar e repassar para a equipe informações relevantes e atualizadas em relação ao seguimento do caso, além de se responsabilizar junto à equipe pela construção e adequação do projeto terapêutico do paciente, todas as vezes que fosse

necessário. Ou seja, não se trata de um membro da equipe responsável pelo paciente e seu projeto terapêutico, a responsabilidade deve ser sempre compartilhada por todos, principalmente pelo maior interessado, o próprio paciente, obviamente, e sua família, quando possível (BRASIL, 2004).

Nossa primeira roda foi exemplar. Emergiu como protagonista a única pedagoga da equipe, que reclama ter sido maltratada por um dos psicólogos que trabalhou ali e que a menosprezou por um comentário feito por ela em relação a um determinado paciente ou a uma determinada intervenção feita pela equipe. Naquela cena, ela sentiu na pele a violência do microfascismo de um especialista “psi” que despreza qualquer tipo de comentário “inconveniente” a respeito da terapêutica ou do paciente feito por uma “atrevida” não especialista. Esta cena levou a um trabalho psicodramático, focado no embate entre relações de poder despóticas entre especialismos e profissionalismos no campo do trabalho e, por outro lado, a luta por solidariedade e respeito no ambiente de trabalho, de amizade e alegria como forças revolucionárias vividas no cotidiano do serviço.

Um dos temas mais recorrentes nas rodas era: o que fazer com o portão? Como manejar a pressão que o usuário faz para sair do serviço por conta da sua fissura? E o seu desejo de voltar para o aconchego de uma casa

que lhe dê um teto para descansar, uma comida para matar a fome, pessoas para conviver e até mesmo, dependendo das demandas de cada um, um tratamento para suas dores e vícios?

Ao recebê-los de volta, “estaria prestes a exercer a iatrogenia?”, perguntava-se a equipe, movida por uma suposta e/ou real benevolência e compromisso com a oferta de um tratamento de qualidade... Estaria a equipe sendo manipulada pelos pacientes e sua capacidade de “mangar”? (mangar é um termo usado pelos pacientes para referir às suas habilidades de conseguir o que querem com esperteza, pedindo, seduzindo, mendigando, enganando o outro). Se assim fosse, víamos, por vezes, a equipe ter reações (disfarçadas ou não) de raiva dos pacientes e de si mesma por ter sido tão “ingênua”.

Como facilitadores, sentíamos na pele o quanto a equipe nos clamava com olhares sutis ou pedidos escancarados, para que lhe déssemos a resposta à pergunta: “o que fazer com o portão? Como manejar as saídas e entradas?” De nossa parte, fomos tentando aprender a arte dos malabarismos e esquivas, como numa dança. Como numa luta de capoeiras, tentávamos fugir por todos os cantos que conseguíamos mirar ou que surgiam diante de nossos olhos nos momentos mais providenciais, e assim tentávamos não ceder a este

atraente suposto lugar do poder do saber, lugar vaidoso da resposta miraculosa para o que quer que fosse.

Diante disso, não somente devolvíamos a pergunta, tal como aprendemos nos bancos acadêmicos da psicologia, as nossas preciosas “palavras de ordem”, digo, nossos manejos/intervenções/pontuações; mas tentávamos, na medida do possível, sustentar junto ao grupo o angustiante e germinativo clima de não saber, de silêncio, torcendo, desejando que alguma coisa, um rastro, um resto, uma insignificância, um grito, um agenciamento coletivo, um fluxo transversal conseguisse arrastar o grupo paralisado diante do silêncio de respostas, um devir que pudesse dar o ar de sua graça e levar o grupo para outro lugar. Algumas vezes a equipe suportava a angústia, mesmo sem autoanálise e autogestão de novas práticas; quando isso ocorria, alguns frustrados pareciam projetar em nós, facilitadores, a raiva e a responsabilidade por salvá-los do não saber, do não saber o que fazer ou simplesmente do ter-lhes provocado a desacomodação e a ilusão da promessa de uma nova clínica que pudesse substituir aquela tão familiar a todos, que apregoava, desde sempre, a abstinência e suas práticas burocráticas. O que sabíamos apenas é que não se tratava de um novo modelo de clínica, a da redução de danos, pois, se assim o fosse, seríamos totalmente contraditórios aos

nossos princípios. Trata-se de uma clínica ampliada por seu caráter de experimentação, uma clínica por se fazer, uma clínica porvir.

Apesar de inaugurarmos a roda de autoanálise com uma tecnologia psicodramática, com uma postura ativa de facilitador como diretor de cena, a maioria das rodas iniciava com uma ajuda à memória, feita com o esforço do coletivo em resgatar o que havia acontecido de significativo na roda anterior e, a partir daí, ter como tarefa precípua a definição de uma pauta para a roda que se iniciava. Ao resgatar o que aconteceu na roda anterior e constatar que, por exemplo, a questão do portão voltava como pauta, muitos avaliavam de forma tímida, no início, e, depois que se sentiam mais à vontade com os facilitadores, de modo mais assertivo, que o tema se repetia e nada mudava. Em contrapartida, outros retrucavam dizendo ser este um processo em andamento com mudanças lentas e às vezes sutis e alguns corroboravam com este argumento falando de suas experiências, quase imperceptíveis no começo, como gestos e atitudes mais flexíveis e acolhedoras em relação aos usuários que voltavam para dentro do serviço logo depois do uso de drogas e que reagem agradecendo a acolhida e, às vezes, tendo participações interessantes nas atividades da rotina.

Para nós, a questão do portão funcionava, muitas vezes, como um ritornelo¹ em que, gradativamente, percebíamos a atualização de diferenças nas repetições, a mudança, às vezes sutis, de posturas dos profissionais que passavam a desenvolver tecnologias leves de cuidado como efetivos redutores de danos. Em contrapartida, víamos também o recrudescimento de posturas de tutela de outros que faziam um grande esforço para tolerar os pacientes “fora de si”, mas que, no seu íntimo, pareciam acreditar serem pacientes inacessíveis a qualquer intervenção terapêutica naquelas condições.

Por vezes, na tentativa de escapar das angústias provocadas pela responsabilização coletiva de condução das rodas a partir da definição das pautas de forma autogestiva, ou porque determinados casos demandavam o “socorro” da roda como instância de supervisão clínica, ou porque um terapeuta de referência precisava socializar informações sobre o

¹Para Deleuze (1997) o ritornelo é o ponto comum, está ligado ao problema do território, da saída ou da entrada no território, ao problema da desterritorialização. Volta-se para o território conhecido ou desterritorializa-se, esta é a questão. Zourabichvili (2004) dirá que o ritornelo merece duas vezes o seu nome: em primeiro lugar como traçado que retorna sobre si, em algo que é retomado e que se repete sempre que o caos se mostrar afugentador; e em segundo lugar, como circularidade, uma fuga que sempre faz retornar, que sempre retoma o punhadinho de terra necessário, mas aquilo que retorna sempre se mostra como estrangeiro, pois mesmo que se volte para a casa, não se será mais o mesmo – a estrangeiridade se dá por esta impossibilidade de um reconhecimento pleno na retomada, afinal de contas, ela nunca será a mesma.

caso que deveriam estar à disposição de todos há mais tempo, ou porque a equipe tinha realizado importantes intervenções ou tido acesso a dados relevantes sobre o caso e que o terapeuta de referência desconhecia, a roda acontecia como discussão de casos clínicos e o trabalho da equipe se evidenciava de forma contundente, revelando de forma nua e crua as potencialidades e/ou as dificuldades do coletivo. Era comum a roda constatar as consequências das limitações da sua rede comunicacional e da qualidade de alguns vínculos estabelecidos no cotidiano. Trocar estas experiências era uma forma privilegiada da equipe se dar conta das limitações e avanços dos casos atendidos e do seu próprio trabalho como equipe.

Essas discussões revelavam a potência terapêutica de vários dos atores que compõem a equipe, independentemente de sua formação profissional, rompendo com discursos instituídos, nos quais predominam os saberes dos ditos especialistas, com maior horizontalidade no uso da palavra.

Foi isso que ocorreu quando uma vigilante surpreendeu a equipe ao compartilhar informações sobre um paciente e que mudou os rumos da discussão do caso sobre a equivocada ideia de crise e necessidade de internação desse paciente; ou quando essa mesma vigilante, com grande apreensão por medo de ser

repreendida pelos expertos, teve a coragem de dizer que estava preocupada com o risco de crise de outro paciente que, até então, ninguém se apercebera. Ele desabafou com ela suas dores e em seguida disse que havia feito uso de drogas no serviço e mostrou a droga que portava. Ela, que poderia ter reagido de forma moralista e normativa, ficou tranquila e ajudou-o a pensar sobre as possíveis razões de ele ter feito uso dentro do serviço, se poderia tê-lo feito, sem grandes problemas, fora dali. Em seguida, de forma firme e coerente, pediu ao paciente que trocasse de papel com ela e a ajudasse a pensar sobre o lugar delicado que ela ocupava naquele momento, estando diante de alguém que confiou nela e, ao mesmo tempo, colocando-a numa situação delicada de conluio com algo que ela não concordava e que poderia prejudicá-la em seu trabalho, ou seja, ela não se omitiu, envolveu-se e o levou a se implicar também com a complexidade da situação e com os vários papéis, pontos de vista e efeitos da situação problemática em jogo. O resultado dessa habilidosa intervenção foi que o paciente deu um jeito de se desfazer da droga ou, pelo menos, de não a portar durante o tempo em que esteve no CAPSAD naquele dia (SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010).

Tendo como meta o acolhimento da crise e a implantação de uma clara política e prática de redução

de danos no e a partir do CAPSad, a coordenação do serviço e alguns dos profissionais da equipe apostam cada vez mais no analisador roda de autoanálise e autogestão da equipe, nas discussões e leituras que avançam, em profissionais de notório saber, muitos deles consultores do Ministério da Saúde, que fazem palestras e workshops para os profissionais da rede municipal de saúde e do CAPSad. Alguns profissionais da equipe se mostram descontentes com a nova perspectiva de manejo clínico adotado pelo serviço, alguns explicitam que não concordam e/ou não querem, e/ou não conseguem trabalhar nessa nova proposta clínica. Chegam a resistir à mudança, criticando profissionais e a gestão do serviço sem a compreensão de que se tratava de uma política ministerial alinhada com os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira.

Outro analisador, agora espontâneo, vem para precipitar ainda mais este processo de transformação do serviço, a partir de denúncias recebidas pelo Ministério Público referente a maus tratos e cárcere privado acontecendo em algumas “fazendinhas” da região. Diligências são feitas, muitos desses estabelecimentos fechados sumariamente e vários pacientes são devidamente inseridos na rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A maioria é encaminhada para o CAPSad para avaliação e

construção de projetos terapêuticos, alguns vão diretamente para o serviço de psiquiatria do hospital universitário e uns poucos para a atenção primária em saúde. O fato é que o CAPSAd repentinamente recebe pacientes muito debilitados, com sequelas de maus tratos e internações longas. Uma parte deles não adere ao tratamento proposto, demandando busca ativa e novas tentativas de inserção na rede e muitos passam a ter uma rotina intensiva no serviço, a crise chega de modo contundente.

O absenteísmo de profissionais já insatisfeitos é inevitável, remanejamentos de pessoal ocorrem, a equipe precisa crescer em vários sentidos, as rodas se tornam um suporte fundamental de cuidado aos cuidadores, a gestão entra com projeto de transformação do CAPSAd para nível III com proposta de sete leitos de hospitalidade e a perspectiva da equipe, no mínimo, duplicar seu tamanho. De qualquer forma, entram novos profissionais e o “sangue novo” turbinou o CAPSAd (LANCETTI, 2006).

Nessa época, estávamos iniciando o segundo ano de nosso projeto de pesquisa-intervenção e fomos todos contagiados por forças instituintes que tomam a cena dentro e fora do CAPSAd, nas suas bordas. Digo nas bordas, porque, desde o início, sabíamos que um CAPS turbinado, como diz Lancetti (2006), é um serviço

que se abre para o trabalho em rede e que passa a atuar no território, construindo laços de cuidado significativos e resolutivos ali onde as coisas acontecem, nessa clínica do “corre”, onde tudo é rápido, certo, onde se paga caro pelo erro, onde a lei do talião vigora sem mediações e onde devemos desenvolver tecnologias leves de abertura de campo como são as intervenções breves (COMTE, 2012), as estratégias para fazer parte da paisagem, ser aceito e conhecido pela comunidade, os acompanhamentos terapêuticos de casos graves indicados pelas equipes das UBSFs ou por pessoas da comunidade, o que vai nos exigir coragem, astúcia, trabalho em equipe, respeito ao usuário em crise e às leis do território que o acolhe.

Este trabalho feito nas bordas do CAPSad, que teve início um pouco depois das diligências nas “fazendinhas”, tornou-se e é até hoje uma referência fundamental nessa empreitada político-clínica. Trata-se da criação de duas Escolas de Redução de Danos e um Consultório de Rua, iniciativa de profissionais da rede de saúde mental e docentes de uma universidade que concorreram a editais abertos pelo Ministério da Saúde e, desde 2010, vêm tendo seus projetos refinanciados e ampliados, o que tem possibilitado a divulgação cada vez mais ampla e o fortalecimento do trabalho dos agentes redutores de danos na rede municipal de

atenção integral a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Quanto ao dentro do CAPSAd, objeto privilegiado deste trabalho, finalmente a crise passa a ser efetivamente acolhida, com a mudança para CAPSAd III a equipe cresce, se fortalece, novos profissionais engajados, motivados e crentes no trabalho no SUS e na política e prática de redução de danos como forma de acolhimento e tratamento, muitos deles recém-formados, mas com experiências interessantes como acompanhantes terapêuticos, comoicineiros e militantes políticos enchem o serviço de vida e qualidade no atendimento oferecido. A clientela muda e começam a chegar os moradores de rua, os *noias*, aos poucos, sentem que o espaço é deles também e uma das reações que vai ficando clara são os atritos mais frequentes entre usuários de drogas lícitas e de drogas ilícitas. O preconceito entre estes dois grupos se acirra, as desavenças e diferenças que acontecem nas ruas atravessam a rotina, a polícia e os bombeiros são mais acionados e as dificuldades de falar uma mesma língua se acirram entre estes profissionais e a equipe do CAPSAd, mas quando as agressões chegam ao limite de tolerância e o vínculo não mais é capaz de contornar a situação crítica, eles acabam sendo acionados.

As assembleias se tornam uma das práticas mais importantes na rotina. O grupo problematiza cada vez mais as intercorrências com cuidado para não ser capturado por discursos e práticas moralistas, a cidadania e o sujeito entram na roda de autoanálise de forma contundente nas discussões dos casos e dos projetos terapêuticos, os protocolos para o manejo das dificuldades relacionadas ao portão ou a qualquer tipo de intercorrência deixam de ter tanta ênfase e ficam menos investidos de paranoia. Apesar da resistência de alguns, as interrupções na rotina passam a ser mais suportáveis, a circulação se intensifica, é incessante, a crise acelera processos, as brigas paralisam menos a equipe e os outros pacientes, que passam a atuar no corpo a corpo quando necessário. A sensação é de estar vendo acontecer diante de nossos olhos tudo aquilo que Lobosque (2003) descreve sobre o CERSAM como uma casa muito cheia, tumultuada, tensa, mas “de forma alguma caótica e inadministrável: inventando sua própria ordem, só enfrenta a repetição, a voracidade, a agitação, quando consegue promover a criação e o riso, as trocas e os trânsitos” (LOBOSQUE, 2003, p. 27), sempre zelando pela liberdade e pela busca da solidariedade.

Nem tudo são flores, porém, é claro que a violência social mostra mais a sua cara no coletivo e no cotidiano.

As observações cartográficas descrevem brigas entre pacientes, que geralmente culminam no julgamento sumário daqueles que estão sob o efeito de substâncias ou fazendo uso compulsivo fora e até dentro do serviço, a tendência é a punição a ferro e a fogo. Outras vezes, profissionais da equipe, que presenciam situações como as citadas acima e, para não se implicarem, fazem “vista grossa” para o que está acontecendo com medo de retaliações, por comodismo, por atitudes destrutivas e cínicas em relação ao modo como o serviço funciona. Outras vezes, pacientes reagem com revolta às intervenções dos terapeutas para coibir o uso de drogas no serviço e ameaçavam agredir o terapeuta; os outros pacientes tomavam as dores do terapeuta e investiam com grande agressividade contra aquele que o ameaçava e o manejo ficava muito difícil nessas circunstâncias.

Como observadores cartográficos, várias foram as vezes que estes analistas institucionais e colaboradores do projeto se implicavam em cenas como as relatadas acima e interviam com a potência de um analisador, que é contagiado por forças instituídas paralisantes e, ao mesmo tempo, deseja produzir linhas de fuga para processos repetitivos, segregadores e desumanos que ali eram testemunhados.

Veza por outra, a coordenadora do serviço recebia informações de denúncias feitas (inclusive

por funcionários do serviço) aos seus superiores na Secretaria Municipal de Saúde e no Ministério Público, que acusam o CAPSad de ser uma bagunça, um serviço que não trata, mas piora os pacientes, que o uso de drogas é uma constante no serviço. Essa é uma delicada situação, que também faz parte da rotina, mas sempre contou com o apoio fundamental dos gestores da saúde mental, do secretário da saúde e do promotor da saúde por confiarem e pactuarem com a seriedade e o compromisso para com a implantação de uma política de redução de danos que, é claro, sofreria grandes resistências, vindas de vários segmentos sociais.

Algumas vezes os observadores cartográficos, por sua posição estratégica, tinham a possibilidade de perceber condutas da equipe ou de parte dela que se contradiziam com o que a equipe insistia em mostrar nas rodas de autoanálise. A constatação dessas contradições foi importante, por vezes, para garantir a potência disruptiva e instituinte da roda como analisador. Os não ditos nas rodas, por vezes, não escapavam às observações cartográficas da rotina e, a partir dali, nós, como equipe de analistas institucionais, tínhamos a delicada e difícil tarefa de facilitadores para ajudar a roda a realizar um trabalho o mais autoanalítico e autogestivo possível, capaz de levar a se dizer o não dito, de se elaborar o que quer que fosse e crescer como

equipe. Sempre soubemos dos riscos aí presentes, da possibilidade da equipe, ou parte dela, estabelecer uma relação paranoica conosco como facilitadores e observadores cartográficos. Não acreditamos ter sempre alcançado êxito nesta difícil situação, mas entendemos que, boa parte do tempo, nosso vínculo com a maior parte da equipe foi de confiança e parceria.

Uma das situações tensas vividas nas rodas e nas observações cartográficas dizia respeito ao grau de envolvimento da equipe com cada paciente, da rotina e a delegação do cuidado e responsabilidade maior ao terapeuta de referência. Muitas foram as vezes em que os terapeutas de referência de pacientes em crise ou de mais difícil manejo cobravam de alguns colegas maior implicação no caso e tentavam esclarecer que o paciente, dos quais são referências, não estão sob a sua responsabilidade total, mas são da responsabilidade de todos. Além disso, como o discurso que preponderava no dia a dia do serviço (e isso também se confirmava nas rodas e nas observações cartográficas) era o discurso “psi”, como somente os psicólogos assumiam o papel de terapeuta de referência, foi uma grande conquista autoanalítica e autogestiva da roda, acompanhada de grandes embates na roda e na rotina, o fato mudar essa situação e demandar dos assistentes sociais e dos enfermeiros que assumissem também o papel

de terapeutas de referência, tanto que, no início, eles somente aceitaram essa tarefa se fosse dividida com os psicólogos. Quanto aos médicos e outros profissionais de nível médio, esta proposta não avançou, ou melhor, nem mesmo foi cogitada pela roda por razões que consideramos óbvias.

Como já dissemos, apesar de todos os embates motivados por relações de poder, atravessadas pelos especialismos e profissionalismos, que afetavam a potência do trabalho em equipe e pelo moralismo diante das tecnologias leves de cuidado, defendidas pela redução de danos, a equipe renovada e ampliada se mostrava muito motivada e engajada nessa empreitada clínico-política. Alguns profissionais se destacavam pela habilidade em fazer *rapport*, em intervir na hora e do jeito mais eficaz e pertinente, em conduzir grupos e oficinas, em ter a arte como potente intercessor da terapêutica, de tal modo que a equipe passou gradativamente a ter uma sinergia e força grupal invejável.

Mas também, com o tempo, foi ficando claro, para alguns destes potentes terapeutas, os seus próprios limites, a ultrapassagem deles e os efeitos danosos para eles mesmos, para a equipe e para os pacientes atendidos. Não podemos deixar de considerar que algumas dessas saídas nada tinham a ver com estes fatores, mas com escolhas profissionais, por

vários motivos, como ascensão na carreira, melhores condições de trabalho, etc. De qualquer forma, começam a acontecer saídas, remanejamentos, desistências e a equipe de remanescentes, que ainda era a maioria, sentiu muito algumas dessas perdas. Em contrapartida, novos profissionais entram na equipe, que se renova.

Algo que nos chama a atenção é o fato de que a equipe passa a privilegiar a ideia de que a rotatividade de profissionais está relacionada às dificuldades cotidianas de se trabalhar num CAPSAD, acolher a crise de pacientes graves, em que a adesão ao tratamento proposto é muitas vezes efêmera, claudicante, o mesmo ocorrendo com os efeitos terapêuticos alcançados, muitas vezes sutis, com recaídas frustrantes, além do difícil enfrentamento da violência urbana, que marca a vida de pessoas pobres, envolvidas com o uso e o tráfico de drogas, constantemente privadas dos direitos humanos fundamentais e ameaçadas de morte. Consideramos que o privilégio dado a esta causa para a saída de alguns reflete, de certo modo, não somente a dor da perda dos que ficam, mas também a dificuldade e sofrimento vivido no cotidiano do trabalho pelos que ficam.

Vale ressaltar ainda que alguns dos bons profissionais que saíram do CAPSAD o fizeram com muito pesar e deixaram muita saudade. Lembramo-nos

de, particularmente, um deles, que, na roda, disse que saía com muito pesar, mas precisava respeitar-se, não se agredir, cuidar-se, ou seja, ele dizia à roda que se implicar é fundamental e apaixonante nesse trabalho, que esse trabalho vale muito a pena exatamente por ser tão difícil e tão repleto de aprendizagens significativas e, o que entendemos, é que é preciso prudência para não correr o risco da sobreimplicação².

A nosso ver, apesar de tudo se mostrar nebuloso, tamanha a sua complexidade, a saída de membros importantes e a rotatividade na equipe, somada aos históricos e crônicos problemas de desvalorização dos profissionais da saúde, particularmente aqueles que trabalham com a saúde mental, a falta de investimentos na educação permanente em saúde e nos processos de humanização do/no trabalho de cuidar de casos graves com vistas à tão desejada reinserção psicossocial, etc., parece ter sido um dos grandes motivos para a desmotivação que foi se alastrando no cotidiano do serviço. As atividades grupais e até mesmo as assembleias deixaram de ter tanta vivacidade, a equipe se queixa cada vez mais de cansaço, a rotina por vezes se burocratiza, o fantasma da abstinência como modelo

2A sobreimplicação é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do "implicar-se"... não só produz sobretrabalho, estresse rentável, doença, morte e mais-valia, como também cash-flow – benefício absolutamente nítido consagrado ao reinvestimento... (LOURAU, 2004b, p. 190, 195).

volta a rondar com mais força, o absentéismo aumenta apesar das injeções de ânimo trazidas por novas contratações e pela proximidade cada vez maior dos agentes redutores de danos, que passam a participar efetivamente da rotina de práticas do serviço.

Em uma dada roda, alguém disse que o narcisismo da equipe foi atacado, o que explicaria a desvitalização reinante, e isso nos remeteu imediatamente a Guattari (2004), quando ele fala do grupo-sujeito e do grupo-sujeitado. O grupo-sujeito, como sujeito de sua história, se esforça por elucidar seu objeto, é ouvido e ouvinte em busca de mais altos graus de transversalidade e escape de lógicas totalitárias e rígidas hierarquias, o que possibilita uma dinâmica que lhe permite abrir-se *para além dos interesses do grupo*, se afirma como grupo que experimenta e acolhe o *nonsense*, sujeito de sua própria morte e fragmentação, numa espécie de autodestruição criativa. Enquanto o grupo-sujeito enuncia algo, o grupo-sujeitado deseja que sua causa seja ouvida, tenta se ajustar a outros grupos, tenta *conjurar toda possível inscrição de não sentido, de morte e estilhaçamento, impedir o desenvolvimento de destruições criativas, assegurar mecanismos de autoconservação fundados na exclusão de outros grupos* (DELEUZE apud GUATTARI, 2004, p. 12-13).

Como nos adverte Deleuze neste mesmo texto, não se trata de uma tipologia dos grupos, mas de duas vertentes institucionais: pilotado por forças instituintes, o grupo-sujeito sempre corre o risco de se deixar sujeitar por fluxos paranoicos e narcísicos, por forças instituídas mortíferas. Talvez tenha sido algo dessa ordem que capturou a equipe turbinada do CAPSad e a nossa equipe de analistas institucionais, ao perdermos a vitalidade para cuidar e se autocuidar.

As rodas se esvaziaram gradativamente durante os últimos seis meses de realização deste projeto. As observações cartográficas ainda conseguiam testemunhar momentos de potência terapêutica na rotina, que envolvia alguns dos profissionais mais implicados e principalmente pacientes que se esforçavam por manter a agitação, a alegria e o caos na rotina, como se fossem despertadores desesperados por acordar a todos ali.

E nossa equipe de analistas institucionais tentava lidar com a angústia que este esvaziamento provocava e passamos a uma recorrente pergunta: será que estamos velando o morto? Não conseguimos enterrá-lo? As respostas oscilavam, a vida e a morte se revezavam no dia a dia, desejávamos que a roda tomasse a palavra e tratasse do tema do esvaziamento de forma mais autoanalítica e autogestiva possível. Como facilitadores, por vezes, propusemos na pauta a discussão de casos

clínicos e a roda parecia respirar novamente. A sensação que tínhamos era de que os casos eram como boias que nos mantinham na superfície e evitavam o mergulho na profundidade do vazio, mas sentíamos que se tratava de um subterfúgio, que não era esse um caminho em direção ao que realmente importava naquele momento. E foi novamente a angústia coletiva, provocada pelo deserto, pelo vazio como condição de possibilidade para a enunciação coletiva, o propulsor para a tomada da palavra mais uma vez.

A partir daí surgiram tentativas da roda de manter-se de pé. Alguns diziam que deveríamos ser mais atuantes como facilitadores do grupo, que não era possível mais aguentar o silêncio, que trabalhássemos com psicodramas, sociodramas, etc. Surpreendentemente, nessa roda, a equipe, ao pedir ajuda, cogita, pela primeira vez, que os pacientes sejam ouvidos naquele *setting*; a equipe quer saber o que eles têm a dizer.

Aconteceram três rodas com a presença dos pacientes e com pouquíssimos profissionais da equipe, o que nos faz perguntar: será que queriam realmente ouvir os pacientes? De qualquer forma, o que ouvimos foi um desabafo de quem reivindica, como cidadão, um cuidado de qualidade; de quem reconhece, do fundo do coração, o quanto aquela equipe teve e tem importância na sua melhora e conquista de mais saúde; de quem

se solidariza com uma rara e potente equipe, que cuida sem cobrar, sem persuadir, sem dogmatizar, respeitando a liberdade e lutando por direitos humanos.

Na roda que se seguiu, repassamos tudo o que aconteceu à equipe que nesse dia estava presente em número maior e, voltando à problemática do esvaziamento das rodas, surge a proposta de fazer uma convocação formal para todos da equipe estarem presentes na próxima roda. E foi isso o que aconteceu, apesar das dissonâncias claras de uma convocação em relação a um convite para o trabalho coletivo autoanalítico e autogestivo. A partir desse fato, passamos a ter maior convicção e menos dúvida sobre o fim da existência deste analisador, tamanha a contradição que ali se fez.

As duas rodas seguintes, para as quais todos foram convocados a comparecer pela coordenadora do serviço, trataram respectivamente de um caso de difícil manejo para toda a equipe e, novamente, da dificuldade de manejo de uma situação criada pelo grupo, no qual o portão novamente é um dos protagonistas. Foram sociodramas intensos, nos quais a implicação do coletivo se fez de modo efetivo e importantes decisões sobre a rotina e o manejo de casos foram elucidados. Vale dizer que, nesta última roda, decidiu-se por não fazer mais a convocação para a roda e diziam: por que convocar a

equipe para uma atividade que é de sua rotina? Não faz sentido!

A roda que se seguiu sem convocação, como combinado anteriormente, novamente foi esvaziada e, como analistas institucionais, concluímos que nossa colaboração e a existência dos analisadores: roda de autoanálise e observações cartográficas não mais fazia sentido, até porque, depois de quase quatro anos de existência, se tornaram atividades da rotina que perderam sua potência disruptiva. Ao contrário, pareciam ter sido mimetizados por forças instituídas paralisantes e o nosso papel, a partir daquele momento, seria então sermos sujeitos da enunciação de nossa própria morte, da autodissolução dos analisadores, apesar de todas as forças contrárias a isso.

Como nos ensina Lourau (2004c), a crise do conceito de analisador na análise institucional se deve ao fato desse conceito ter se transformado em um instrumento para a objetivação dos problemas dos outros, perdendo-se de vista que os analistas institucionais se constituem a partir dos analisadores e do que eles produzem. “Daí o perigo, de neutralizar tais problemas... como se as contradições que os analisadores revelam nos outros não atravessassem igualmente os socioanalistas” (LOURAU, 2004c, p.135)

Dissolver o saber instituído e fazer dos analisadores o centro da análise institucional implica não os objetivar, pois isso seria negar a análise institucional.

“Problema árduo para as forças dissolventes da análise... a autodissolução da instituição da análise experimenta e “profetiza” a autodissolução generalizada das formas do velho mundo pelas forças do novo” (LOURAU, 2004c, p.135, 139).

Referências

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional outras correntes**. Teoria e Prática. 5. ed.. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de

Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

CECCIN, R.B. & FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online], v. 14, n.1, p. 41-65, 2004. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 out. 2010.

COMTE, M. **A atenção psicossocial para pessoas que usam drogas de forma problemática.** Aula proferida em curso de capacitação promovido pela Escola de Redução de Danos “Em Rede” do Programa de Ações em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, junho de 2012.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. Tradução Suely Rolnik. São Paulo: Ed.34, 1997.

GUATTARI, F. **Psicanálise e Transversalidade.** Ensaios de Análise Institucional. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

L'ABATTE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 66-86.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 246-258.

LOURAU, R. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 186-198.

LOURAU, R. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 128-139.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

NUNES, et. al. "...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas..." In: SANTOS, L.M.B. (Org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 15-26.

PASSOS, E. & BARROS, R. B. Clínica, política e modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, v. 19, n. 20, p.159-171, 2004.

PASSOS, E., KASTRUP, V., & ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método Cartográfico**: Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 13-27.

PEREIRA, W. C. C., & PENZIM, A. M. B. Análise Institucional na vida religiosa: caminhos de uma Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, n. 3, p. 521-540, 2007.

SILVEIRA, R. W. M; REZENDE, D. & MOURA, W.A. Pesquisa-Intervenção em um CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Gerai**s: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 3, n. 2, p.184-197, 2010.

SIQUEIRA, D. Construindo a descriminalização... In: SANTOS, L.M.B. (org.) **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p.65-70.

ZOURABICHVILI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Trad. André Telles, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

Capítulo VII

RELATO E ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA
COM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS
E ESPECIAIS: projeto histórias de todos nós - conhecer,
valorizar e transformar.



Desenho: Antônio Carlos da Silva

CAPÍTULO VII

RELATO E ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA COM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS: Projeto Histórias de Todos Nós: conhecer, valorizar e transformar

Mônica Regina Jacinto Reis

INTRODUÇÃO

A diferença envolve as múltiplas formas de ser e perceber o mundo, expressar-se e agir, pois somos, ao mesmo tempo, semelhantes como seres humanos, mas diferentes quanto à forma de constituição e contribuição das diversas culturas ao longo da história da humanidade. Em face disso, sabemos que trabalhar com as diferenças implica sair do foco de uma situação ideal para uma situação real, livrando-nos de estereótipos e desapegando-nos de concepções que tendem a uniformizar tanto os saberes quanto os fazeres.

Essa referência pressupõe, no entanto, o desenvolvimento de uma postura ética de não hierarquizar as diferenças, mas criar vários caminhos possíveis de percepção, aceitação e valorização das mesmas, a fim de que as aprendizagens levem a um processo amplo

de formação humana, já que as transformações e tudo o que seja inerente ao ser humano são produtos de suas relações sociais e culturais. Assim, a educação é um dos meios para que essas transformações ocorram, na medida em que as escolas produzam uma cultura de paz, de tolerância às diferenças, de respeito aos direitos humanos para a construção de um espaço de cidadania compartilhada por todos.

Nesse sentido, conciliar temas tão complexos, mas absolutamente necessários, como políticas públicas em saúde mental e educação de portadores de necessidades educacionais especiais, ainda que num simples e breve relato de experiência pedagógica, não pode deixar de enfatizar a importância de pensar o processo educacional e social na perspectiva inclusivista, mesmo porque, todos sabemos, a luta pelos Direitos Humanos, a Pedagogia Institucional, a emergência da Psicanálise e o Movimento de Desinstitucionalização Manicomial foram os desencadeadores históricos desse problema público que é a questão da inclusão social. Esses eixos, no entanto, fizeram emergir o Paradigma da Inclusão, que vem tomando forma e exigindo, cada vez mais, novas práticas educacionais e sociais, que, em suma, requerem de nós o rompimento com a homogeneidade e, sobretudo, o trato pedagógico às diferenças como elemento positivo e enriquecedor não

só do processo educativo, como também de garantia para uma boa qualidade de vida e saúde mental dos envolvidos nesse processo.

É nesse bojo que a FAENOL: Fundação de Assistência Especializada de Nova Lima, por meio da Escola Ana do Nascimento Souza de Educação Especial, tem se mostrado uma instituição social ímpar no projeto de modernidade que se instaura na cidade de Nova Lima, tendo em vista o paradigma da Educação Inclusiva, que enfatiza a qualidade de ensino para todos os alunos, respeitando seus tempos e ritmos de aprendizagens, compreendendo seus modos diferenciados de ser, pensar, agir, sentir. Portanto, se não nos envolvermos de fato, mesmo que as políticas públicas, sejam da educação, sejam da saúde mental, contribuam para criar espaços e ainda assegurar direitos e deveres, bem sabemos que não há garantia nenhuma sobre uma verdadeira inclusão dos portadores de necessidades educacionais especiais. Porém, certos estamos que envolvimento requer responsabilidade, compromisso e vontade política, inclusive.

Partindo desse pressuposto, o fazer pedagógico na Escola Ana do Nascimento Souza tem, como principal instrumento, sobretudo nas aulas de Literatura, a valorização da escuta, pois se acredita ser, o ato de ouvir o outro, uma forma de intervenção com forte fundamentação, capaz de gerar produção, construção, bem como

promoção de crescimento pessoal e social, auxiliando os alunos a encontrarem formas de se conhecerem, de aceitar suas limitações e não as ver como obstáculos para o descobrimento de capacidades e, dessa forma, humanamente se posicionarem no mundo.

REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA PEDAGÓGICA: tecendo caminhos para as “Histórias de Todos Nós”

Ao percorrermos fatos e vivências de nosso passado, analisamos de que forma nossa história de vida marca a formação de nossa identidade docente, ao mesmo tempo em que nos permite identificar fatores que, segundo Cannen (2004), configuram certas posturas com relação a aspectos da educação, que podem ser reconstruídas em uma perspectiva transformadora do cotidiano escolar. Isso ocorre, **de um lado, individualmente, na medida em que nós, alunos, professores e toda a comunidade escolar adquirimos conhecimento da realidade e nos habilitamos para enfrentá-la e**, de outro, na grupalidade social, pela forma como nos organizamos para mudá-la, uma vez que o conhecimento produz alterações nos modos de sentir e de inserir nessa realidade. De tal maneira, não podemos nos comportar diante da realidade como se nada tivéssemos a ver com ela, mesmo porque, como nos lembra Rodrigues (1986), a realidade é, sobretudo, pedagógica e educativa. Ela é educadora para além das instituições.

Observa-se, como Gadotti (1997), que a escola não deve se preocupar apenas com a transmissão de conhecimentos, mas sua maior preocupação deve estar voltada para a formação global dos alunos, numa visão na qual o conhecer e o intervir no real se encontrem.

Considerando o exposto acima, percebe-se que a consolidação da prática pedagógica como sendo uma prática social tem refletido, nas aulas de literatura da Escola Ana do Nascimento Souza, uma experiência de convivência com as diferenças, em que se busca privilegiar o debate de ideias, o confronto de valores e visões de mundo e, em que nossos interesses e motivações determinam nossas intenções. É essa intencionalidade que sustenta o nosso desejo de mudança, de reforma, de cada vez mais refletirmos sobre a nossa própria prática, despindo-nos de tradicionalismos, da ideia que sabemos o que é ensinar e aprender como algo certo, pronto, inquestionável, mas, ao contrário, abre-nos a possibilidade de um novo olhar sobre as pessoas, sobre o diferente, sobre a singularidade, comprometendo-nos a desenvolver, em nossos alunos, atitudes positivas quanto às suas identidades, diante de fatos de sua realidade, possibilitando a valorização e transformação dessa. Mas, afinal, o que é que a realidade da Escola Ana do Nascimento Souza de Educação Especial, em suas experiências pedagógicas e, mais especificadamente mediante o Projeto “Histórias de Todos Nós”, nos apresenta, que pressupõe

uma ação problematizadora, desafiando, a todo tempo, os alunos a desenvolverem suas potencialidades?

Segundo Rocha (2007), o trato pedagógico das diferenças não é uma tarefa fácil, e enfrentar o desafio de implementar práticas pedagógicas, nesse sentido, reveste-se de uma complexidade ainda maior. Portanto, precisamos de um novo formato de prática pedagógica, na qual a escola possa, de fato, ser local da aprendizagem de uma nova cultura: a da aprovação, inclusão e da formação da cidadania, apontando a necessidade de mudança do enfoque, na qual se percebe a necessidade de que nossa responsabilidade deva ser algo mais de “dentro para fora”, chamando para a ação, para o compromisso, para a superação de dificuldades inerentes, bem como para os direitos sociais de todos os cidadãos.

Nessa perspectiva, o trabalho com o projeto pedagógico “Histórias de Todos Nós”, assim como qualquer trabalho que empregue a metodologia de projetos no âmbito da interdisciplinaridade, integrando saberes, constitui-se, em nossa vivência pedagógica, nas trocas afetivas entre professores e alunos nas várias situações, nas quais o educador e o aluno, quando em interação, trocam experiências e significados, ampliando seu repertório de ações, construindo o conceito de “situações significativas”. Porém, como perceber tais situações?

O ponto de partida é a observação dos alunos: o que buscam saber sobre o mundo à sua volta e sobre eles mesmos, quais suas preocupações e que perguntas estão fazendo, num dado momento, que direcionem a curiosidade de cada um. Isso, todavia, torna possível a constante reflexão sobre a prática pedagógica, articulando as experiências realizadas com o contexto vivenciado, que, por sua vez, traduz-se além da preocupação em trabalhar aspectos que façam parte da realidade dos alunos, nos conteúdos delimitados e considerados significativos para a aprendizagem deles, pois o trato para com o processo de desenvolvimento e aprendizagens destes implica não apenas o conhecimento, mas também a atenção às suas particularidades, ou seja, suas características sociais, étnicas, físicas, psicológicas, etc...

Nesse sentido, sabendo que o ser humano, como sujeito, possui uma história e apresenta desejos que são movidos em relação a outros seres humanos é, que a oralidade, a audição, os gestos, as mãos do educador para registro da escrita, a emoção e os silêncios constituem-se nos elementos fundamentais para as “Histórias de Todos Nós”, com os quais estamos, agora, transpondo os muros da escola.

HISTÓRIAS DE TODOS NÓS: dimensões norteadoras e metodologias

Utilizar o espaço da Biblioteca da Escola Ana do Nascimento Souza de Educação Especial e as aulas de literatura como oportunidade ímpar de expressão de sentimentos e exercício da autonomia, bem como ferramenta para o enfrentamento positivo de conflitos, em que os atores envolvidos possam reconhecer-se em suas histórias de vida, compartilhando saberes que intensifiquem o aprendizado do conhecer, do fazer, e essencialmente, do ser e do conviver é o objetivo central do Projeto Pedagógico “Histórias de Todos Nós”, que tem, como público-alvo, os alunos desta escola, principalmente os da faixa etária compreendida entre quinze e cinquenta anos (alunos da Escola de Artes e Ofícios). Aliado ao objetivo central, outros como: trabalhar de forma transversal as histórias contadas para e pelos alunos sobre suas famílias, sobre eles próprios e suas descobertas cotidianas de mundo; utilizar a oralidade, a escrita, a música, o desenho e a fotografia como forma de apresentar o mundo e de sentir-se parte dele, bem como vivenciar a oralidade como forma de registro, entretenimento, preservação e valorização de si e do outro, também se fazem de suma importância para essa busca incessante a qual nos propomos, ou seja: enxergar o outro além de suas limitações. Enxergar apenas o ser

humano, plural e singular, tal qual ele é, compartilhando emoções e sentimentos, valorizando as vozes e gestos que virem à tona, através do saber ouvir e refletir sobre o que foi dito e ouvido. De tal modo, pensar uma educação para a igualdade é pensar que as heranças da memória não são apenas individuais, mas podem também ser coletivas. Portanto, o formato transversal das histórias contadas essencialmente pelos alunos leva-nos a refletir, cada vez mais, sobre as questões identitárias deles, pois só conhecendo quem são podemos dialogar com suas realidades e expectativas.

Refletindo nessa direção, o Projeto “Histórias de Todos Nós” justifica-se pela crença que nossas práticas pedagógicas e vivências contribuem para que nossos alunos ampliem os conhecimentos sobre si mesmos. Justifica-se pela aliança do caráter ancestral da oralidade como fonte de formação e informação e, ainda, pelas várias possibilidades de aprendizagem mediante a exploração das diferentes linguagens como forma de expressão de sentimentos e de se situarem no mundo, inclusive.

A circularidade como forma de compartilhar os saberes privilegia o formato ancestral das rodas, sendo, no entanto, o procedimento metodológico que nas “Histórias de Todos Nós” busca tratar pedagogicamente as diferenças e a diversidade como elementos positivos e

enriquecedores do processo educativo, dialogando com práticas que levem em consideração ouvir os sujeitos de aprendizagem, em que os conhecimentos, saberes e aprendizagens propostos oportunizam o trabalho, permeando todo o fazer pedagógico. Para tanto, as dimensões deste têm como norte a contextualização dos saberes dos alunos, criando condições para que se localizem e compreendam a realidade em que vivem, pois, de acordo com Senra (2008), a construção de possibilidades educativas, aqui, devem ajudar os alunos a desenvolverem um plano de ação, que tenha ligação íntima com os interesses e intenções dos próprios alunos.

Isso requer, como desenvolvimento de ações, o reporte às concepções que orientam os propósitos do grupo, culminando num processo de reflexão/ação que se desdobra em “tarefas”, com definição de responsabilidades e prazos, considerando que o preceito da Inclusão pressupõe uma ação problematizadora, desafiando permanentemente o aluno a desenvolver suas potencialidades através de ações planejadas e articuladas de forma coletiva, objetivando maior sintonia entre o pensar e o fazer.

O Relatório, para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (2003) apresenta, como imperativa, a importância do papel do

professor como agente de mudança no que se refere ao favorecimento da compreensão mútua e da tolerância. Desse modo, oportuno se faz pontuar que, mesmo que alguns alunos não conheçam, de fato, a veracidade ou a íntegra de suas histórias no tocante às suas necessidades especiais, a essência do projeto “Histórias de Todos Nós” não consiste em detectar diagnósticos, mesmo porque, diagnosticar é uma atribuição advinda da área clínica e, sendo o projeto em questão uma ação de cunho pedagógico, a relevância está na intencionalidade, espontaneidade e intensidade daquilo que os alunos relatam, como relatam e na concretude do desejo imbuído nesses relatos, que, a nosso ver, é a forma de materializarem sua própria existência. De tal forma, a ênfase está na criação de possibilidades educativas que favoreçam a aprendizagem, criando recursos dos quais os alunos possam utilizar para potencializar suas habilidades (SENRA, 2008, p.78).

Segundo Ceccon (1986), todas as pessoas sonham com uma escola que funcione bem e cumpra o seu papel, que é dar instrução a todos, indistintamente. E se todas as pessoas sonham, quem sabe já não estamos imersos nessa realidade? Quem sabe estejamos vivendo, de fato, um tempo de crise da utopia, em que, de acordo com Gadotti (1997), afirmá-la novamente se

constitui, para nós, num ato pedagógico essencial na construção do futuro?

Quem sabe... afinal, como extravasa o carnavalesco: “sonhar não custa nada”... E o nosso sonho é tão real quanto como as “Histórias de Todos Nós”.

Real. Plural. Singular...

“HISTÓRIAS DE TODOS NÓS”: oralidade, gestos, mãos e silêncios como formas de se perceber no mundo

Como tudo começou...

Aprendemos por meio das experiências concretas das quais participamos, mas também das quais tomamos conhecimento por meio do que os outros nos contam. Assim, foi através de uma história contada por uma de suas tias, que a aluna A. A. C. deu origem ao Projeto “Histórias de Todos Nós”. O planejamento sobre Relações Etnicorraciais já estava preparado, porém bem sabíamos que esse planejamento era só pra cumprir formalidades, pois as aulas de Literatura são flexíveis e é o aluno quem mostra a direção. Direção que a aluna A. A. C. apontou, ao dizer que gostaria de contar a história de suas avós, pois, contando essa história, estaria falando de suas origens, de sua ancestralidade. Fizemos, então,

a roda e literalmente nos tornamos “ouvidos”. E assim permanecemos até os dias de hoje...

Contraste: uma história de ancestralidade

Minha tia me conta histórias e essas mostram quem sou; de onde vim. Ela conta que minha avó, C. P., era de origem italiana e tinha os olhos verdinhos, da cor de folha e era muito vaidosa. Ela era loira e tinha um segredo para manter a cor de seus cabelos: passava cerveja.

Vó C. era mãe da minha mãe e ela não tinha preconceitos. Quando minha mãe conheceu meu pai, essa minha vó achou o máximo! Papai era ainda mais escuro que meu amigo M.B., ele trabalhava na Mina de Morro Velho.

A mãe do meu pai, vovó B., também era pretinha... pretinha... Ela andava descalça, usava lenço e mascava fumo.

Minhas avós eram tão diferentes!

Vovó B. era muito desconfiada. Ela não acreditava que minha mãe, por ser branca, pudesse amar meu pai, tão negro! Mas, meu pai e minha mãe se amavam independente da cor de cada um.

Eu sou fruto desse amor. Em minhas veias correm sangue de minha vó C. e de minha vó B.: Itália e África.

É muito bom conhecer a história de nossos antepassados. A nossa história.

(A.A. C.)

Os desdobramentos pedagógicos dessa história foram fantásticos. O simples contar ou descobrir origens fizeram com que outros alunos também se descobrissem quanto a seu pertencimento etnicorracial e entendessem questões complexas do sentido humano do preconceito, sem muita explicação (mesmo porque é difícil, praticamente impossível, explicar o inexplicável). A culminância dessa história foi a dramatização para a comunidade escolar com participação de professores e alunos como personagens. Porém, a partir daí, começou uma inquietação nos alunos. Uma vontade de contar suas histórias, agora colocando a diferença, não mais sob a ótica do pertencimento etnicorracial, mas a diferença como percebedores do “ser especial”. Um desejo coletivo de aprender por meio do compartilhar das experiências pessoais e sociais, ampliando conhecimentos e construindo aprendizagens.

Segundo Coelho (2003), as relações de aprendizagem e vivências que se estabelecem entre a Literatura, entendida como arte, e o indivíduo são

fundamentais para que este alcance sua formação integral, que se traduz na soma de sua consciência do eu mais o outro, mais o mundo em harmonia dinâmica. Em face disso, dessa necessidade humana de contar e ouvir histórias, novas relações, que vão além do respeito às diferenças, têm possibilitado que muitas vozes possam ecoar no espaço escolar, chegando-se à consciência que é na diversidade que se constrói algo novo, que descobrimos quem somos, quem o outro é e, ainda, quantas emoções importantes podemos sentir.

Nesse sentido, ao apresentarmos, a seguir, as oito histórias selecionadas, por já apresentarem desdobramentos no ambiente escolar através de palestras, excursões, campanhas solidárias, concurso de desenhos, dentre outros, ousamos, mais do que emprestar nossas mãos como instrumento de materialização da oralidade de nossos alunos, deixar também fluir a emocionalidade a que nos remete a intenção de suscitar possibilidades reais de trabalhar a questão do “ser especial” como afirmação da diferença, numa sala de aula, pelo viés da literatura, buscando, ainda que brevemente, analisar essas histórias no intuito de refletir o fazer pedagógico, bem como a educação a partir de um campo ampliado no qual a convivência com as diferenças se faz fundamental no processo de humanização.

A História de V. C. R.

Meu nome é V. C. R. Eu tenho 29 anos. Quando nasci, eu era bem gordinha!

Uma vez, quando eu era bem novinha, eu estava sentada no tapete de minha casa e meu avô tirou uma foto. Essa foto está lá em casa até hoje.

Quando minha mãe me teve, ela ainda não era casada. Então, minha tia cuidava de mim para minha mãe trabalhar. Mas, logo meu pai se casou com minha mãe e ela parou de trabalhar para cuidar de mim e de nossa casa.

Eu sempre fui linda! Sou muito caseira e gosto de escutar músicas e dançar.

Vim para a escola Ana do Nascimento ainda pequena. Todos eram e ainda são doidos comigo. Eu era chamada de “Amor Colorido”. Ainda sou “Amor Colorido”. Eu me sinto “Amor Colorido” porque sou especial.

Tenho muitos amigos e gosto muito deles. Esse povo é minha paixão!

Lá em casa sou muito amada. Meus vizinhos também gostam muito de mim. Sou capaz de fazer muitas coisas e nisso não sou diferente de ninguém. O que mais posso dizer? Talvez, apenas um recado:

“Síndrome de Down não é doença”!

Segundo Macedo (2005), o pior em uma deficiência é o gozo de uma superioridade sobre alguém, pois muitas vezes a deficiência está em nós e não no outro.

Num universo em que as diferenças são legítimas e reais, devemos preservar-nos como seres únicos e, ao mesmo tempo, ser parte. Portanto, é a diferença que nos iguala como sujeitos humanos e isso implica descobrir cada um em sua condição singular, nos fazendo, por inteiro, escuta de subjetividades.

A história de G. S.

Quando eu era pequeno, bem pequenininho, teve uma época que eu pintava muito. Eu tinha uns dois anos. Nossa Senhora!, eu fazia bagunça demais! Agora sou mais quieto.

Eu já nasci gordo demais e bem pequenininho. O médico falou com meu pai e minha mãe que eu não ia andar. Aí, eu comecei a andar. Só não sei com quantos anos.

Eu nasci bem mole. Tinha o corpo molinho... molinho. Por isso os médicos achavam que eu não ia andar e diziam:

- *É, não tem jeito, não.*

Minha pressão é um pouco alta.

Eu comia a merenda dos outros. Agora estou cooperando comigo mesmo. Estou fazendo academia dois dias da semana.

Sou especial. Sou “Pado William¹”. Eu não sabia que eu era “Pado William”. Minha mãe me contou. Ela disse que a coisa é grave. É por isso que sou uma pessoa obesa, tenho ansiedade e tenho dificuldade para aprender a ler e escrever. Agora estou aprendendo. Estou pegando as manhas. Tenho vinte e oito anos. Vou fazer vinte e nove.

Eu não gostava de pessoas negras ou mais morenas. Aí, aqui na escola Ana do Nascimento, conheci uma “pessoa muito especial²”, com um jeito muito especial e eu me encantei por ela. Hoje, ela já não está entre nós, mas foi ela que me ensinou a gostar de pessoas negras, junto com a professora M. que trabalha com a gente o respeito ao negro e sua cultura. Aprendi que todo mundo merece respeito.

1 O aluno quis dizer Síndrome de Pader Willi.

2 O aluno se refere à aluna A. F. T. que faleceu no ano de 2011.

Eu sou um artista porque imagino histórias, represento e faço acontecer. Gosto de mim e agora estou feliz demais!

Quero paz e vitórias. Mais vitórias, né? Porque já sou um vitorioso.

Talvez não seja viável conciliar, aqui, uma analogia entre preconceito racial e deficiência, pois os vários pontos de vista sobre tais abordagens situam-se dentro de perspectivas diferentes, apesar de ambos estarem dentro de um contexto educacional e social complexo e multifacetado. Porém a história contada pelo aluno G. instiga-nos a aproximar os dois temas, não pelas mazelas, mas sim pela possibilidade explícita em que sujeitos singulares e diferentes descobrem suas capacidades, suas possibilidades por se darem e por lhes serem permitidas oportunidades positivas de interação.

Tal qual Senra (2008), partimos do entendimento que **os alunos com necessidades educacionais especiais** e os negros (grifo nosso), ao chegarem em nossas salas de aula, trazem consigo suas marcas, suas histórias, seus arranjos próprios, bem como respostas ao que lhes apresenta com relação às transmissões que lhes foram feitas, ao lado das aquisições do corpo e de características inatas próprias. Isso leva-nos a refletir

sobre a importância da história de cada um, quando atribuímos sentido à mesma e com sua apropriação nos deparamos com sujeitos que vão descobrindo maneiras singulares de inventarem-se, ao longo de suas vidas.

A história de P. S.

Quando eu era pequeno, eu caía toda hora. Aí, o médico descobriu que eu tinha um problema sério na cabeça. Não posso ficar perto de piscina, lugar alto, buraco, porque dá tonteira. Quando dá tonteira, eu caio pra trás. Fico batendo a cabeça e babando. Isso é epilepsia. Não dá pra saber quando ela vem ou quando ela não vem.

Foi o Doutor C. que descobriu que eu tinha isso. Ele chamou minha mãe e orientou ela. Falou que era perigoso. Desde pequeno tomo remédios pra controlar as crises: Tecretol e Gadernal. Tô tomando... Tô tomando... E é até hoje.

Teve um dia, D. era minha professora, ela não sabia do meu problema, não deu dois minutos e eu caí perto dela. Bati a cabeça e comecei a babar. Ela ficou nervosa e foi procurar ajuda. Mas, hoje em dia, lá vou melhorando... Lá vou melhorando...

Tenho trinta e quatro anos e trabalho aqui na escola.

Gosto de conversar com J. B., meu companheiro.

Entreí nessa escola, pequeno. Já tive várias professoras. Gosto daqui. Aqui é o meu local, entendeu?

A escola é um pequeno espaço dentro da cidade, mas esse espaço nos permite muitas formas de trocas e interações. Essas interações, no entanto, têm possibilitado aos alunos uma visão de mundo em tempo real, desmistificando aquela visão de simples espectadores de situações desconhecidas ou de contextos do acaso.

Nessa lógica, a das interações, Ceccon (1986) alerta-nos que é procurando resolver problemas concretos que as pessoas aprendem coisas úteis e se convencem que podem aprender sempre mais. Assim, esse convencimento pode ser a perspectiva pela qual os alunos olham, constroem o mundo e nele fazem suas intervenções.

A história de G.R.

Eu sou o G. Tenho 18 anos. Quando eu era pequeno, criancinha, a minha avó cuidava de mim. Ela ainda cuida de mim.

Quando fui para a escola, bem pequeno, eu conseguia acompanhar as atividades. Depois fui para a

escola H. J. e ainda conseguia acompanhar as atividades. Chegou um tempo que eu não conseguia acompanhar os outros alunos. Tive dificuldade de aprender. A escola chamou minha família e disse que eu tinha dificuldade. Minha avó achou então, que, aqui, a escola Ana do Nascimento era a melhor escola pra mim.

Sou especial. Tive uma crise convulsiva e fui parar no CTI. Quando fui para casa, já não era mais o mesmo. Voltei para a escola H. J., mas, lá não era mais o meu lugar. Meu pai, minha avó e minha mãe me apoiaram. Eles entenderam que eu, agora, era especial.

Eu gostava de mim. Mas sou jovem e estou aprendendo que posso gostar muito mais.

Gosto de jogar futebol. Aqui, conheci o G. e a V., meus amigos. Eu quis namorar a V. e foi uma confusão. Fui parar até na sala da diretora. Agora não estou namorando ninguém. Só tenho muitos amigos, inclusive R., meu psicólogo e L., professora de educação física, que eu gosto muito.

Parece difícil que as interações com as diferenças e com os diferentes não sejam afetadas nas escolas, pela representação negativa e preconceituosa que circula em nossa cultura. Exemplo disso, de acordo com Senra (2008), é o fato de a dificuldade de aprendizagem ser considerada “deficiência”. A autora ainda nos interroga

quanto a supor que um aluno que tenha dificuldade de aprendizagem implica que é ele que tem dificuldade para aprender ou se somos nós que temos dificuldade para ensinar.

Nesse sentido, salientamos, mais uma vez, a necessidade de enxergar cada aluno na sua potencialidade humana e criadora, e não nos apegarmos à particularidade das dificuldades que apresentam. Não se trata, no entanto, de negar a importância do conhecimento escolar, mas sim, como nos adverte Gomes (2007), de eliminar o equívoco da escola e da educação que, historicamente, tem como foco prioritário os conteúdos e não os sujeitos do processo educativo.

De tal forma, mais vozes emanam das “Histórias de Todos Nós” que reforçam o exposto acima:

A história de J. P. B.

Quando eu era pequeno, acho que comia muito doce. Por isso acabei ficando com diabetes e tendo crises. Fiquei internado e não foi em Nova Lima. Foi no Pronto Socorro, em Belo Horizonte.

Meu pai pensou:

- meu filho vai morrer...

O médico falou:

- seu filho está muito fraco!

Os médicos me furavam o dedo e o exame só dava alto. Me puseram numa máquina e foram dando remédios para abaixar a glicose.

Quase morri de pequeno!

Agora, todos os dias tenho que medir a glicose, mas a crise está controlada.

Eu caía toda hora.

L. é um bom amigo. Já me socorreu muito.

Tenho que me alimentar de três em três horas. Comer uma fruta, biscoito ou queijo. Pode ser leite também.

Um dia, tive tonteira, bati a cabeça e ele me levou para a Policlínica.

Agora, tomo um remédio mais forte que controla a crise.

Quando fico nervoso, não é porque eu quero, mas estou conseguindo me controlar mais. Para isso, estou tendo ajuda dos amigos, de algumas professoras e da minha psicóloga, K.

Eu cheguei a estudar em outra escola, quando era pequeno, mas a professora me via muito quieto, só tomando água e indo ao banheiro toda hora. Eu também dava muito trabalho na hora de fazer as atividades. Então a diretora chamou a minha mãe e falou que eu não tinha condição de estudar lá, porque eu não aprendia a ler nem escrever. Eu dava muito trabalho lá. Aí, o que aconteceu: me mandaram pra cá: para a escola Ana do Nascimento.

Até hoje não aprendi a ler e nem a escrever. Minha mente é fraca pra isso. Eu gosto mesmo é de fazer teatro com G. e caixa com a professora K. Ela me manda fazer a caixa e eu faço. Do jeito que faço, ela fala que está bonito.

Eu não queria isso, não. Ficar com diabetes, tomar muita insulina, furar o dedo todo dia, mas, muita coisa não é a gente que escolhe, é Deus.

Meu caso é complicado: tem dia que estou bem. Tem dia que não.

Sabemos, pois, que o conhecimento do quadro clínico e de diagnósticos médicos de nossos alunos nos são necessários para o entendimento de características e de situações próprias a que os alunos estejam sujeitos. No entanto, o foco nesses pontos acaba por excluí-los das escolas.

Para Macedo (2005), a escola, quando era organizada pela lógica da exclusão, era seletiva e as competências de ensinar dos professores estavam dissociadas das competências de aprender dos alunos. Isso significa que apenas os conteúdos curriculares sustentavam a excelência da escola.

Em consonância com o parágrafo anterior, fica evidente que, pela lógica da exclusão, o professor percebe os alunos apenas como seres de cognição e, mesmo assim, de forma equivocada: sua maior ou menor capacidade de aprender conteúdos, sua maior ou menor disciplina (DAYREL, 1986, p. 155).

Nessa perspectiva, observa-se que uma prática de educação inclusiva é coisa séria e exige uma mudança de mentalidade que implique nossa capacidade de entender e reconhecer nossos alunos, respondendo-os em suas necessidades diversas, acomodando tanto seus estilos quanto ritmos diferenciados de aprendizagem.

A história de F. C.

Quando eu nasci, passou do tempo e da hora de eu nascer. Aí faltou oxigênio no cérebro, paralisando um lado e deixando o outro normal. Se eu tivesse nascido na hora e no tempo certo, às vezes, eu viria normal, mas, esse negócio de os médicos falarem que não está na hora e ir segurando o bebê, às vezes dá nisso...

Foi feita uma cesariana de última hora e eu nasci assim. Eu não culpo os médicos. Se nasci assim é porque Deus achou que seria melhor. Faço muitas coisas melhor que pessoas ditas normais. Igual, nessa questão de enturmar, ter amigos, sair, viajar sozinho, sem os pais, minha mãe acha que vou dar trabalho aos outros. Mas, a questão não é essa. Se eu fosse dar trabalho, as pessoas nem me convidariam. Sairiam fora. Quem me convida já sabe que vai ter que levar cadeira, me carregar. Minha mãe não está de todo errada, porque ela se preocupa comigo, mas eu preciso viver. As cadeiras são as minhas pernas.

Minha mãe não me prende em tudo, mas em algumas partes, tipo fisiológicas, que eu não posso falar aqui, ela acha que as pessoas vão rir, vão achar que não dou conta. Podem existir as dificuldades, mas é preciso superá-las.

Por exemplo: tenho muita vontade de trabalhar, fazer um estágio, sei lá. Preciso ter um currículo. O povo precisa parar com essa mania de achar que a gente é coitadinho. Eu não aceito isso. Não sou nenhum coitado. Sou muito capaz. Sei reivindicar meus direitos, principalmente de ser atendido por quem acredita em minhas capacidades e não enxerga apenas minha deficiência.

Tem uma vez que fomos ao Gabinete do prefeito. Fomos orientados a não falar assuntos diferentes da escola ou do combinado. Quando chegamos lá, o prefeito veio me cumprimentar e começou a falar sobre política comigo. Perguntou se eu ia sair candidato a vereador e outras coisas. Foi ele quem começou o assunto. Disse que não ia sair vereador, ainda, e, quando ele perguntou o porquê, eu disse que tinha uma professora que achava que eu não tinha condição. Ele achou um absurdo.

Foi bom para as pessoas verem, que os outros acreditam no potencial da gente, às vezes. Até mais do que aqueles que estão capacitados para nos educar.

Tenho o sonho de ser vereador e não é de hoje! Tem um deputado que é cadeirante, e daí? Comigo não cola, não. Posso não saber projetos na escrita, mas na cabeça ninguém me segura.

Acho deficiente uma palavra muito forte. Somos eficientes e capacitados, embora tenhamos algumas limitações.

Conforme Gomes (2007), a construção histórica e cultural da deficiência, como diferença que se faz presente nos mais diversos grupos humanos é permeada de diversas leituras e interpretações. No entanto, o olhar que precisamos ter é de que todos podem ser diferentes, mas são absolutamente necessários.

Partindo desse pressuposto, é possível refletir sobre o processo pelo qual alunos com necessidades educacionais especiais aprendem a serem membros participativos da sociedade, assumindo o seu papel, cuja construção, na concepção de Dayrel (2005), faz com que entre em jogo a identidade que cada um vai construindo a cada momento, em tradição familiar, em relação com a escola e com suas experiências pessoais.

Nesse sentido, ao expor seus anseios, suas vivências, seus desejos, os alunos tornam suas questões em temas para discussão coletiva, fazendo com que o espaço da sala de aula e o cotidiano da escola sejam pautados por vivências de experiências que, uma vez compartilhadas, contribuem para formar identidades múltiplas.

A história de A.L.C.

(contada por sua mãe, C. C.)

Boa tarde para todos. Começo aqui a minha história. Casei aos dezenove anos e tinha desejo de ter filho depressa. Casando, arrumei o A. Fiquei muito feliz. Para minha surpresa, aos sete meses caí, grávida, mas ele nasceu no tempo certo.

Ao passar dos meses, seis meses, o pediatra me falou que ele não era normal. Que ele não ia chegar a falar nem andar. Aí eu disse:

- Para Deus nada é impossível, pois eu sei que, um dia, lá em cima, nós seremos todos normais.

Aí comecei os tratamentos. A neurologista me deu esperança quando ele tinha uns dois anos e meio, por aí. Tenho fé até hoje que Jesus possa curá-lo.

Hoje ele tem trinta e um anos e, por ele ser assim, eu o amo demais. Tenho muito carinho por ele como pelos outros. Se Jesus me deu o A. assim, é porque Ele sabe que eu teria paciência para olhá-lo. Por isso sou feliz. Tenho saúde para cuidar dele.

Agora, nessa idade, ele usa sonda. Antes, ele não usava. Ele é um exemplo para todos os “especiais” que têm alegria de viver.

A. tem pai e irmãos. O pai não vem vê-lo. Quando vem, demora muito. Os irmãos o amam muito. Quanto ao pai, ele está vivo e com saúde e, é isso que importa.

Estou gostando muito da escola Ana do Nascimento e estou notando muita diferença depois que viemos pra cá. A. tem paralisia cerebral. Os médicos disseram que não tem nada a ver com o tombo que levei, mas até hoje fico cismada.

A gente nunca pensa em ter filho com “problema”, mas Deus me dá saúde pra olhar ele. Fica aí, o exemplo para as grávidas terem mais cuidado pra não cair, durante a gravidez.

O fazer pedagógico do Projeto “Histórias de Todos Nós”, em sua metodologia de escuta, propõe a valorização da escuta também de mães, ou de outros membros das famílias dos alunos, que queiram contribuir com esse processo de aprendizagem significativa, respeitando a singularidade de cada caso, acreditando que todos podem contribuir de algum modo para o proveito de uma expressão humana que está além das imagens.

Considerando, no entanto, o âmbito familiar, de acordo com Macedo (2005), às vezes, a mãe é a única pessoa que se dispõe, de modo regular, a conviver e a cuidar das dificuldades de seu filho. Dar, receber e transformar são verbos que fazem da interação mãe/ filho com necessidades educacionais especiais um relacionamento de mão dupla. Assim, ter um filho, mais do que questões biológicas e científicas,

envolve questões sociais e culturais e, ainda, crenças, religiosidade, superstições, de acordo com a cultura a qual pertencemos. Porém, sabe-se que dificilmente uma mãe pensa na possibilidade de ter um filho com deficiência ou portador de algum tipo de necessidade educacional especial, pois qualquer eventualidade desconhecida ou não planejada pode ser uma realidade dura de ser assimilada.

Por outro lado, Gutfreind (2005) mostra que criar um filho com necessidades educacionais especiais pode ser uma experiência enriquecedora, quando há o entendimento de que é possível aceitar a vida, abrindo mão de uma idealização, sem renunciar, contudo, as lutas e possibilidades de avanços, ainda que mínimos.

Portanto, aprofundar o olhar para uma questão simples, mas que pouco desenvolvemos: o ato de escutar o outro, pressupõe, talvez, simplesmente uma sensação de conforto por parte de quem fala, ou pode ir mais além, ajudando a superar sentimentos de angústias, medos, possibilitando o enfrentamento de dificuldades.

A história de G.T.

Eu sou o G .T. Tenho vinte e oito anos. Antes de vir para a escola Ana do Nascimento, estudei em Entre Rios. Tem APAE lá.

Eu sou especial porque eu caio muito, perco o controle das pernas. Elas ficam fracas. Minha coluna dói. Eu não enxergo direito. Uso óculos. Tenho válvula na cabeça. Não sei ler. Não sei escrever. Quero aprender. Isso é importante. Quero ser padre, um dia. Estudar a Bíblia.

Minha mãe me dá tudo na mão. Faz a minha barba.

Pra tomar banho, sento numa cadeira pra não cair. Minha mãe me ajuda.

Eu sou adulto, mas preciso da ajuda da minha mãe. Minhas pernas são fracas, caio à toa, não tenho controle, não.

Gosto da minha escola. Gosto das oficinas.

Eu quero melhorar as vistas, as pernas. Quero emagrecer para andar melhor.

No momento vou precisar usar cadeira de rodas, na escola. Mas quero melhorar um dia, se Deus quiser.

Complementando a voz

Meu filho G. tem hidrocefalia. No começo ele era praticamente uma criança normal: fazia de tudo, brincava como as outras crianças. Na medida em que ele foi crescendo é que foi ficando pior a dificuldade para se locomover e aprender.

Ele precisa mesmo, muito da minha ajuda. (M. T. mãe do aluno G. T.)

Quem é mãe sabe que cada filho é um filho e, para cada um, estabelece-se um tipo de relação. Assim, no decorrer de suas existências, mães e filhos vão aprendendo a se conhecer, a criar vínculos. Com relação aos filhos com necessidades educacionais especiais, todos sabem que a tendência das mães é a de superproteção.

Para Almeida (2004), os modos de vida são configurações que vão sempre se atualizando, onde não há instabilidade e o que se apresenta é a produção da existência humana nos diferentes momentos.

Refletindo nessa direção, crescente é a percepção de que o desenvolvimento humano não está pautado somente em aspectos cognitivos, mas principalmente

em aspectos afetivos. Portanto, ainda que a escola não seja a solução para todas as dificuldades dos alunos, o apanágio de todos os males, como bem nos lembra Dayrel (2005), como órgão educacional responsável pela formação de cidadãos, sujeitos e construtores de suas histórias, precisamos entender que nossas práticas pedagógicas devem ir além de dar aulas, e, sim, ajudar os alunos em suas buscas por respostas que lhes permitam ser quem são, propiciando a escuta das diferenças, contribuindo para que possam encontrar bem-estar dentro dessas escutas por se sentirem valorizados e acolhidos em seu saber, que não é mais nem menos, mas simplesmente atende a ritmos e tempos diferenciados.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES, POR ENQUANTO...

Muito se tem falado em políticas públicas nessa era de contemporaneidade, sobretudo, políticas públicas de educação inclusiva e de saúde mental. Ao pensar nos desafios e nas perspectivas que nos lançam essas políticas, direcionamos nosso olhar para a FAENOL (Fundação Especializada de Nova Lima), onde no cenário da Escola Ana do Nascimento Souza de Educação Especial, vemos emergir práticas pedagógicas inovadoras, que realmente atendem à proposta da escola inclusiva, por reconhecer e responder

às diversas necessidades de seus alunos, acomodando tanto ritmos quanto estilos diferentes de aprendizagens.

Nesse parâmetro, surge o projeto pedagógico “Histórias de Todos Nós: Conhecer, Valorizar, Transformar”, que utiliza a escuta dos alunos como principal metodologia, tornando a biblioteca da escola, através das aulas de Literatura, um espaço privilegiado de respeito e acolhimento às diferenças, no qual histórias contadas espontaneamente pelos alunos sobre suas vivências e a forma como se vêm no mundo como pessoas com necessidades educacionais especiais, vêm tornando o fio condutor da prática pedagógica, com desdobramentos que permitem aos alunos serem mediadores do seu processo de ensino – aprendizagem e, ao mesmo tempo, ao educador, refletir sobre sua própria prática.

Portanto, consolidar uma cultura cotidiana de reconhecimento e respeito às peculiaridades e singularidades de cada aluno, tem possibilitado a valorização das diferentes formas de expressividade, principalmente a oralidade, como referencial para a compreensão e valorização das diferentes histórias, contextualizando-as às situações de vida cotidiana e como forma de interação com o outro, pelas experiências articuladas com a realidade enfrentada e trazida por nossos alunos, contemplando-os como sujeitos de sua

história, capazes de atuar criticamente na realidade que os cerca.

Quando aceitamos o desafio de considerar o conhecimento na perspectiva de uma construção, apropriamo-nos das teorias de Piaget e Vygotsky para basear nossas ações pedagógicas, transformando a relação professor / aluno em ricos momentos no processo ensino-aprendizagem. Conquanto essa relação nos coloque diante de práticas e políticas voltadas para o respeito, melhor enxergaremos nossos alunos em suas potencialidades humanas, criadoras, singulares e diferentes. Melhor ouviremos suas vozes, expressividades, complementos e silêncios. Melhor buscaremos construir possibilidades pedagógicas a partir de necessidades e potencialidades.

De tal forma, as “Histórias de Todos Nós” continuam movimentando alunos e toda a comunidade escolar da Escola Ana do Nascimento Souza de Educação Especial, pois, assim como Gomes (2007), acreditamos que a convivência com a diferença é salutar para a reeducação do nosso olhar, dos nossos sentidos e de nossa visão de mundo, tanto quanto o aprendizado do imperativo ético que esse processo traz.

Considerando os desdobramentos e ações que estão sendo possíveis com o desenvolvimento do

Projeto “Histórias de Todos Nós”, até aqui, o que de forma mais compreensível melhor ilustra os resultados obtidos e análises, metaforicamente, seria a comparação da sala de aula com um jardim florido. Nessa ótica, nos indagamos:

- Por que os jardins florescem?

Pensando na singularidade de cada aluno, apostando na capacidade de cada um construir saídas e expressões singulares para as limitações que a existência lhes impõe, certos estamos de que os jardins florescem porque flores diferentes são capazes de viver e conviver juntas, sem que umas tirem ou minimizem o perfume e a beleza de outras, mesmo que muitas não possam ter suas pétalas definidas em sua completude, e ainda, mesmo que cada uma tenha seu tempo certo para germinar e florir.

Referências

ALMEIDA, Marina. **Caminhos para uma Inclusão Humana**. São Paulo: Didática Paulista, 2004.

CANEN, Ana. Organização dos tempos escolares. **Coleção Veredas** - Formação Superior de Professores. Guia de Estudo, módulo 5, v. 1, Belo Horizonte, 2004.

CECCON. C. e Oliveira. M. **A vida na escola e a escola da vida**. Petrópolis: Vozes, 1986.

COELHO. N. N. A importância da leitura e da literatura infantil na formação das crianças e jovens. **Comunicação e Cultura**, São Paulo, a. 1, p. 8 - 9, abril / maio 2003.

DAYRELL, Juarez. **Múltiplos olhares sobre a educação e cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1986.

_____. **A música entra em cena: o rap e o funk na socialização da juventude**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

FREIRE. P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

GADOTTI, M. Uma escola, muitas culturas. In: GADOTTI, M & ROMÃO, J. E. (Orgs). **Autonomia da escola: princípios e propostas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GOMES, Nilma Lino. **Indagações sobre o currículo: Diversidade e Currículo**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica, 2007. 48p.

GUTFREIND, Celso. **Vida e Arte: a expressão humana na saúde mental**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2005.

MACEDO. Lino. **Ensaio Pedagógico: Como construir uma escola para todos?** Porto Alegre: Artmed, 2005.

PANIAGUA, G. A família de crianças com necessidades educativas especiais. In: Souza AMC (Org.). **A criança especial: temas médicos**. São Paulo: Roca; 2003. p.330-346.

ROCHA, Rosa Margarida de Carvalho. **Almanaque Pedagógico Afro-brasileiro**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2004.

_____. **Educação das relações étnico-raciais**: pensando referenciais para a organização da prática pedagógica. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

RODRIGUES, Neidison. Educação e Política. In: **Administração da Educação**: questões e reflexões: Programa de pós-graduação em Educação. PPGE - UFES, 1986.

SENRA, Ana Heloisa. **Inclusão e Singularidade**: um convite aos professores da escola regular. Belo Horizonte: Scriptum, 2008.

Autores e organizadores

ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de. Graduação em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas da Fundação Mineira de Educação e Cultura de Belo Horizonte (FCH/FUMEC). Especialização em Saúde Mental: Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e em Administração de Serviços de Saúde pela UNAERP. Mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP e, atualmente, pós-doutorando em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor na PUC-MG e na FaPP/CBH/UEMG. <http://lattes.cnpq.br/8613658334369276>

ÁVILA, Luiz Augusto Lima de. Graduação em Direito pela Universidade Cândido Mendes. Especialização em Filosofia pela PUC-MG e em Direito Processual, em Direito do Trabalho e em Direito Empresarial pela Faculdade de Direito do Oeste de Minas. Mestrado em Teoria do Direito e em Direito Internacional e Comunitário pela PUC-MG. Doutorado em Linguística e Língua Portuguesa pela PUC-MG. Professor na Faculdade Mineira de Direito (FMD), na PUC-MG e na FaPP/CBH/UEMG. <http://lattes.cnpq.br/3413301061328951>

CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de. Graduação em Direito pela UFMG. MBA executivo em Gestão de Instituição de Ensino Superior pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Diretora da FaPP/CBH/UEMG. Coordenadora do Núcleo de Formação Continuada de Conselheiros Tutelares e de Direito do Estado de Minas Gerais e do Observatório Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. <http://lattes.cnpq.br/1219249095318987>

COSTA, Annette Souza Silva Martins da. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela PUC-MG. Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e em Sistematização da Assistência de Enfermagem pela PUC-MG. Mestrado em Enfermagem pela UFMG. Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora na Escola de Enfermagem da UFMG. <http://lattes.cnpq.br/8166614311904899>

GONTIJO, Cynthia Rúbia Braga. Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Educação da UEMG. Especialização em Gestão Social pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (FJP). Mestrado em Educação Tecnológica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica do Estado de Minas Gerais (CEFET-MG). Doutorado em Educação pela FAE/UFMG. Vice-diretora e Professora da FaPP/CBH/UEMG. <http://lattes.cnpq.br/9643980375076522>

KURIMOTO, Teresa Cristina da Silva. Graduação em Enfermagem e em Psicologia pela UFMG. Mestrado em Enfermagem pela UFMG. Atualmente doutoranda na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). Professora na Escola de Enfermagem da UFMG. <http://lattes.cnpq.br/5469905336655570>

LOPES, Fernanda Tarabal. Graduação em Psicologia e, mestrado e doutorado em Administração pela UFMG. Assessora da Reitoria/UEMG. Professora na PUC-MG e na FaPP/CBH/UEMG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Organizacionais e Psicanálise (NEOP) e do Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade (NEOS). <http://lattes.cnpq.br/4933468482590261>

PAULA, Ana Paula Paes de. Graduação em Administração de Empresas pela USP. Mestrado em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV-SP). Doutorado em Ciências Sociais pela UNICAMP. Professora e pesquisadora do CEPEAD-UFMG. Subcoordenadora do Núcleo de Estudos de Gestão Pública (NEGP) e do Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade (NEOS). *http://lattes.cnpq.br/4117542128793688*

REIS, Mônica Regina Jacinto. Graduação em Normal Superior pela UEMG. Pós-graduação em Psicopedagogia e em História da África e Cultura Afro-brasileira pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG). Professora na Escola Ana do Nascimento Souza da Rede Municipal de Ensino de Nova Lima. Assessora técnica em Educação das Relações Etnicorraciais da Coordenadoria de Políticas Públicas de Promoção de Igualdade Racial de Nova Lima.

SILVA, Mônica Eulália da. Graduação em Psicologia pelo Unicentro Newton Paiva. Pós-graduação em Psicanálise e Direito, e mestrado em Psicologia pela PUC-MG. Professora na Faculdade Pitágoras e na FaPP/CBH/UEMG. *http://lattes.cnpq.br/8704614484355256*

SILVEIRA, Marília Rezende da. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela UFMG. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFMG. Professora na UFMG. *http://lattes.cnpq.br/8802693863812062*

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica

pela PUC-SP. Professor do Instituto de Ensino Superior da UFU. <http://lattes.cnpq.br/7915690637782350>

TEJERA, Marisa Estela Sanabria. Graduação em Psicologia pela *Universidad Católica* de Montevideo. Mestrado em Filosofia pela UFMG. Professora na UNIPAC. Psicóloga supervisora da Clínica do Feminino. <http://lattes.cnpq.br/5998699901690260>

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. Graduação em Enfermagem pela UFMG. Especialização em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestrado em Enfermagem pela UFMG. Doutorado em Enfermagem pela USP. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Minas Gerais (ABEn-MG). Assessora técnica da Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais (SEE-MG). Vice-diretora e Coordenadora de Programas e Projetos da Escola de Formação e Desenvolvimento Profissional de Educadores (Magistra). Coordenadora da Câmara Técnica de Saúde Mental do COREN-MG. <http://lattes.cnpq.br/3028064067925093>

