



**PUC**  
**RIO**

ANA CARLA SOUZA SILVEIRA DA SILVA

**REFORMANDO A VIDA: O DESAFIO NA INSERÇÃO SOCIAL E  
NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DE USÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2000.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea  
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil  
<http://www.puc-rio.br>**

N.Cham. 150 S586r TESE UC  
Título Reformando a vida



Ex.1 PUC-Rio - PUCB

00152079

ANA CARLA SOUZA SILVEIRA DA SILVA

REFORMANDO A VIDA: O DESAFIO NA INSERÇÃO SOCIAL E  
NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DE USUÁRIOS DE SAÚDE  
MENTAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Esther Maria de Magalhães Arantes.

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, fevereiro de 2000

102814



150  
S586x  
tese UC



## AGRADECIMENTOS

Aos usuários, familiares e técnicos do Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ e da Cooperativa da Praia Vermelha, por terem permitido a realização deste estudo em seus espaços, minha amizade, carinho e torcida por novas conquistas e pelo maior reconhecimento dos seus trabalhos.

À minha orientadora Esther Maria M. Arantes, pela atenção destinada às minhas idéias e pela ajuda e confiança na produção desta dissertação.

À Leticia F. Bogado, amiga e companheira de discussão permanente sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, colaborando nos vários momentos deste estudo.

Aos colegas da turma do Mestrado em Psicologia de 1998, em especial ao grupo, professores e alunos, da Linha de Pesquisa Instituições, Práticas Sociais e Culturais.

À Marise e Vera, pelo trabalho administrativo indispensável no cotidiano do curso.

À CAPES, órgão financiador deste Curso de Mestrado.

Ao Laps/Nupes/Ensp/Fiocruz e ao Instituto Franco Basaglia, pelo acesso aos seus acervos bibliográficos; e às pessoas que trabalham no dia-a-dia destas instituições pelo apoio e ajuda sempre que requisitada.

Ao professor Paulo Amarante pela disponibilidade na discussão inicial do projeto de pesquisa e pelas aulas ministradas durante este Curso de Mestrado, fonte sempre importante para a problematização das questões do campo da saúde mental.

Ao professor Luis Antonio Baptista e à professora Claudia Osório, por terem permitido minha presença na cadeira de “Instituição e Saúde”, por eles ministrada, no Curso de Especialização do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Ao Projeto Integrado de Pesquisa “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais”, sob coordenação do prof. Eduardo Mourão Vasconcelos, pela acolhida ao meu projeto de dissertação, incrementando as discussões com avaliações oportunas.

Aos usuários do CAPS do Polo de Saúde Mental de Paracambi e aos profissionais com quem tive oportunidade de trabalhar, de dez./95 a junho/97. Pessoas que me inspiraram na construção deste tema, como um pedaço do que tentamos construir.

Ao meu grupo de análise, onde experimento a intensidade dos encontros.

Aos meus pais, Waldyr e Marlene, meus irmãos, cunhados e vários amigos, de todos os cantos, companheiros das minhas jornadas. Obrigado por mais esta acolhida e apoio.

Ao Marcos Ponciano, pela revisão de português no momento final deste trabalho.

## RESUMO

Atualmente, falar em saúde mental no Brasil requer pensar sobre mudanças em várias instâncias desse campo. Na década de noventa, além de novos projetos assistenciais nos serviços, são criados outros espaços, com objetivos não de tratamento, mas de tentativas de inserir na sociedade os usuários de saúde mental, por meio de várias atividades: artísticas, lazer, trabalho etc.

Simpáticos a esses novos espaços, buscamos, através desta dissertação, conhecer os novos grupos constituídos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a característica principal de produzir um tipo de participação dos seus membros – em especial os usuários de saúde mental – de intervenção concreta na sociedade. Para tanto, foi realizada uma pesquisa em dois locais, que denominamos como “dispositivos grupais estratégicos”; são eles: a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ.

Enfatizamos a ação política desses grupos que, pela via do trabalho e da militância política, contribuem, de algum modo, para a promoção de um tipo de inserção social e de produção de cidadania aos usuários da saúde mental, no contexto das políticas neoliberais, de pouco incentivo a formações como essas na sociedade. Procuramos entender esses espaços no interior das lutas desenvolvidas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o objetivo de valorizar o aspecto histórico-político da Reforma Psiquiátrica.

Paralelamente à análise desses dois grupos, realizamos vinte e três entrevistas com seus usuários, para saber como percebem o processo de construção desse novo campo na saúde mental e como têm vivido a inserção social e sua cidadania, possíveis ou não.

## ABSTRACT

Nowadays, to speak about mental health in Brazil, one needs to think about changes in different aspects of this field. During the nineties, beside the new assistance projects in the services, other opportunities are created, which don't aim at treatments, but attempt to insert the users of mental health in the society, by means of various activities: artistic, leisure, work etc.

Receptive to these new opportunities, we intend, through this dissertation, to know the new groups constituted in the Brazilian Psychiatric Reform, with the main characteristic of producing a kind of participation of its members – specially the users of mental health – of real intervention in the society. To accomplish this, we made a research in two places, named by us “strategic group devices”, which are: the “Cooperativa da Praia Vermelha” and the “Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ”.

We emphasize these groups' political action, which somehow contribute, through work and political militancy, for the promotion of one type of social insertion and citizenship production to the users of mental health, in the context of “neoliberal” politics, with little incentive to formations such as these in society. We tried to understand these opportunities within the struggles developed by the National Movement of the Antimanicomial Struggle with the purpose of valuing the historical-political aspect of the Psychiatric Reform.

Along with the analysis of these two groups, we made 23 interviews with its users, to find out how they perceive the building process of this new field in mental health and how they've experienced the social insertion and their citizenship: possible or not.

<b>SUMÁRIO</b>
----------------

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INFLUÊNCIAS E CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA</b>	
1- Breve histórico da psiquiatria e suas reformas.....	11
2 - As Rupturas da Reforma Psiquiátrica Italiana.....	16
3 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: reestruturando a saúde mental.....	20
3.1- A saúde mental em ebulição: mudanças na assistência e nos direitos aos usuários de saúde mental.....	23
3.2 - O Paradigma da Atenção Psicossocial: ampliando o campo da saúde mental.....	27
3.2.1- Renovando teorias e conceitos.....	28
3.2.2 - Transformando a assistência psiquiátrica e seus instrumentos.....	30
3.2.3 - A sociedade e a cultura da exclusão em xeque.....	38
3.2.4 - Mudanças jurídicas e conquistas políticas.....	45
3.3 - Recriando a “reabilitação” psicossocial.....	48
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL - A FORÇA POLÍTICA DE UM ATOR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA</b>	
1- Marcas da história: a sociedade brasileira em movimento: preparando o cenário para a ação política na saúde mental.....	58
1.1 - Movimentos Sociais no Brasil: a diversidade de coletivos que lutam por reconhecimento e conquistas – um pequeno esboço.....	58
1.2 - Mudanças na saúde brasileira: A Reforma Sanitária.....	62
2 - O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento da Luta Antimanicomial: o crescimento reivindicatório de um grupo - ampliando bandeiras e participações.....	65
2.1 - Trabalhadores em saúde mental: O Grito dos “Mentaleiros” .....	66
2.2 - O Movimento da Luta Antimanicomial: A continuidade de um projeto - parceria entre usuários, familiares e profissionais.....	69
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>LOUCURA E INSERÇÃO SOCIAL: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DE CIDADANIA</b>	
1- O contrato social na sociedade salarial: o processo de inclusão e exclusão social.....	78

2 - Sobre a inserção social: como fica a loucura?.....	84
2.1 - O desafio da inserção pelo trabalho.....	86
2.2 – “Reciclando” a sociedade pela militância.....	89
3 - Lutando por direitos: a cidadania em construção.....	94
3.1 - Particularidades do exercício cidadão no Brasil.....	95
3.2 - Direitos e Cidadania na saúde mental: da ausência à possível conquista.....	98

#### **CAPÍTULO IV**

### **DISPOSITIVOS EM AÇÃO: O PROTAGONISMO DE USUÁRIOS NA LUTA PELA CIDADANIA POSSÍVEL**

1 - A Pesquisa: procedimentos metodológicos.....	103
1.1 - Breve identificação dos entrevistados.....	105
1.2 - A entrada do pesquisador no campo.....	106
2 - Dispositivos Grupais na Reforma Psiquiátrica: a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ.....	108
2.1 - Apresentação da Cooperativa da Praia Vermelha: histórico e objetivos.....	110
2.1.1 - O dia-a-dia na Cooperativa: um olhar para a dinâmica de trabalho.....	115
2.1.2 - Caminhando para a inserção social e a cidadania.....	117
2.1.3 - Inserção pelo trabalho: a vivência do usuário na estratégia cooperativista.....	119
2.2 - Apresentação do Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ: histórico e objetivos.....	126
2.2.1- A dinâmica das reuniões.....	129
2.2.2 - Discutindo a inserção social e a cidadania.....	131
2.2.3 - Inserção pela militância política: a vivência do usuário na estratégia de formação de lideranças.....	133
3 - A participação cidadã em construção: com a palavra os usuários.....	140
3.1 – A noção “Usuário” em questão.....	140
3.2 - Reforma Psiquiátrica e assistência: novos caminhos.....	145
3.3 - A inserção social e a cidadania.....	160
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	176
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	186
<b>ANEXO</b> .....	202

## INTRODUÇÃO

“Ainda com marcas de sofrimento, maltrapilha e balbuciando algumas palavras, apesar de não estar delirante, fui delegada representante da SOSINTRA<sup>1</sup> na I Conferência Nacional de Saúde Mental. Sentia-me um pouco pioneira e muito patinho feio. Muitos torciam a cara para mim como se achassem que um doente mental não tivesse condições de pelo menos começar a se colocar, nem que de forma desarticulada. Desde então, tomei parte na maioria dos encontros e debates em Saúde Mental. Apostando na minha recuperação e no meu renascimento como pessoa e cidadã (...)”.  
(Fernandes, 1996:12)

Apreendeu-se de uma certa história que cada grupo social, de acordo com as suas crenças e os seus valores, tinha uma forma própria de interpretar e intervir - ou não - sobre a loucura.

O homem ocidental, em relação à loucura, fez o seu elogio (“positivação” do seu *estado de diferença*), ignorou sua especificidade (quando a colocou no mesmo patamar de outros problemas sociais - mendigos, vagabundos, criminosos ...) <sup>2</sup> e apropriou-se dela, dando-lhe um nome (doença mental), um lugar (hospital psiquiátrico), um cuidador legitimado socialmente (o médico psiquiatra) e um tratamento específico.

No Brasil, os últimos anos foram de muitas mudanças no campo da psiquiatria, ou melhor, no campo da saúde mental. Estas mudanças decorreram de questionamentos filosóficos, epistemológicos, históricos, culturais, políticos, econômicos, promovendo reflexões e críticas profundas ao modelo psiquiátrico tradicional.

Dentre os novos acontecimentos, destacamos a crescente presença, na década de 90, de novos protagonistas sociais - os “usuários” de serviços em saúde mental e seus familiares, exigindo o engajamento comprometido das instituições, dos profissionais, da comunidade e dos políticos em suas lutas.

Cabe esclarecer que nossa trajetória profissional foi se dando neste contexto de questionamento e renovação no campo, o que certamente influenciou na escolha do tema desta dissertação de mestrado. Por exemplo, o caminho percorrido como psicóloga e/ou

<sup>1</sup> A SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho), criada no ano de 1979, foi a primeira associação de familiares e usuários no Estado do Rio de Janeiro.

<sup>2</sup> A Europa do final do século XV visou a dar um basta à ociosidade e desocupação de parte da população. Desta forma, investe na construção de casas de correção e de trabalho e de “hospitais gerais” que “destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral. E neste contexto que a loucura será varrida da cena social” e submetida a tipos de punição e tortura, na tentativa de reversão do comportamento. (Resende, 1990:24)

trabalhadora social deu-se entre estágio em hospital psiquiátrico, cursos de formação em saúde mental, prática de trabalho em acompanhamento terapêutico de pessoas com problemas psiquiátricos e em um serviço público de psiquiatria no Hospital Geral do município de Paracambi, localizado no Estado do Rio de Janeiro. Todas estas atividades desenvolvidas a partir dos anos 90.

Abrimos um parêntese para falar especialmente da experiência de trabalho na cidade de Paracambi, por décadas regida pela lógica manicomial. Nesta prática, de modo sucinto, cabia ao profissional praticamente dois tipos de postura: 1- manter-se omissos, acomodado ou silenciado e limitado ao exercício de uma clínica atenta apenas às queixas e sintomas dos seus pacientes; 2 – promover, a partir da visão macro-política da sua prática, pequenas ações individuais e, principalmente, grupais, convocatórias de uma participação crítica e política do conjunto da realidade com conseqüências para todos envolvidos com este trabalho. Tendo, num determinado período desta experiência, predominado a segunda postura por grande parte dos profissionais, visualizamos com maior clareza a profundidade das questões existentes no campo da saúde mental, que seria o de “reformular” ou transformar a realidade com a qual lidávamos no cotidiano. Aqui fechamos o parêntese.

Ao lado do trabalho clínico, demanda primeira de qualquer espaço institucional para o profissional da psicologia, sempre procuramos valorizar também a problemática das instituições e seus grupos, das políticas públicas e sociais e dos movimentos sociais formados em defesa de direitos particulares.

Ao longo de tal percurso profissional, foi sendo identificado como um movimento espontâneo de saúde mental o cotidiano de lutas, de superação de preconceitos e de conquistas no seio do corpo social e político de certos grupos da população, muitas vezes, marginalizados na cidade carioca. Ao contrário de uma postura passiva e submissa, foi percebido o processo de saúde na vida de certas pessoas. Estas pessoas se constituíram como protagonistas da história de uma experiência particular. Não foi difícil, assim, perceber no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quão instigante era, e é, a motivação de “usuários” de serviços de saúde mental para participarem em conjunto com os profissionais e com o poder público das discussões em pauta nas últimas décadas.

Como profissional, o conhecimento da história da psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do seu movimento social nos colocou frente às intervenções engajadas, com projetos otimistas para mudanças na prática. Em nossa pesquisa, procuramos não nos distanciar dos acontecimentos e de seus resultados; ao contrário, acreditamos que todo

trabalho reflexivo pode ajudar na construção de novos instrumentos para reformular a relação “cidadão” – sociedade.

“(…) nossa tarefa seria, talvez, atentar para as cartografias, as linhas de força que vão se desenhando no cotidiano da intervenção, buscando a invenção de estratégias que apontem/desmontem as naturalizações produzidas pelas lógicas totalitárias presentes no campo trabalhado (...). Nosso desafio é, portanto, escapar das máquinas sociais produtoras de paralisia, percorrendo as linhas nômade habitadas pelo devir, pelo inesperado e conectadas com o desejo e a expansão da vida”. (Neves, 1997:90)

Entendemos, contudo, que toda e qualquer ação deve ser reconhecida como parte de uma determinada história. Isto sinaliza que ainda há muito por fazer. Junto às conquistas de novos serviços e inovações na abordagem sobre um grupo de pessoas – os “usuários” de saúde mental -, ainda existem os manicômios, as violências institucionais, a mentalidade preconceituosa e estigmatizante, no âmbito maior da sociedade. O conhecimento da história da psiquiatria, neste caso, poderá produzir, então, mudanças na realidade assistencial das pessoas com transtorno mental.

Destacamos neste estudo dois aspectos das mudanças em curso nos anos 90 que oferecem uma outra realidade à assistência da saúde mental. O primeiro foi a deflagração de *ações* que denominamos de *políticas* no cotidiano institucional dos novos serviços. Como os serviços, em sua maioria, são de caráter público, os projetos de trabalho dos profissionais, a princípio, devem se comprometer não apenas com o dia-a-dia da assistência técnica, mas também organizar-se para a efetivação de uma prática micro e macro-política em defesa do serviço, além de mobilização diante das políticas públicas e sociais mantenedoras do projeto assistencial e de vida aos “usuários”. O segundo aspecto é o alcance desta proposta de *ação política*, quando vivida em grupos. A partir da vivência das diferenças entre seus membros – diferenças sociais, morais, ideológicas, emocionais -, é possível discutir e intervir em espaços diversificados da sociedade.

Acreditamos, desta forma, na *ação política como atitude legítima na gestão dos “usuários” pela sua vida, na condução das relações com outros homens e na criação de recursos materiais, afetivos com vista para concretização de objetivos*, atuando também em *grupos específicos no campo da saúde mental*, não apenas com interesse de tratar, mas com a intenção de potencializar a participação dos “usuários” em outros espaços da sociedade.

Identificamos ainda neste trabalho, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como um precursor de extrema importância nas ações reivindicatórias e lutas políticas desenvolvidas no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta Reforma parte da ideologia para a ação concreta, organiza-se teórica, técnica e eticamente, lidando com



acontecimentos ligados à imprevisibilidade, desacompanhados de modelos prontos e “verdadeiros”. Experiência que permite (re)avaliações constantes, mutações e que foge das estereotípias. Não é difícil observar, nas novas instituições de assistência a presença e ação de profissionais, “usuários” e seus familiares, lançando-se na produção de novos sentidos para um outro vivido.

Cabe assinalar que o fato de conhecer pessoas que acreditavam no seu potencial de luta contra as dificuldades e obstáculos vividos no campo da psiquiatria fez com que nos motivássemos, de modo especial, a pensar a saúde mental atual. O modo como alguns sujeitos expunham sua vida, por meio de entrevistas, reportagens sobre sua história de vida etc., com certeza mobilizou mais e mais protagonistas. A fala de uma liderança sobre o que significaria o “reabilitar” influenciou na escolha de levar em conta a opinião dos “usuários” sobre as situações em construção.

“A reabilitação significa, também, qualidade de vida, amparo, cuidado, solidariedade e minha subjetividade resguardada. Quero levar uma vida com tranqüilidade e sossego merecidos. Ver outras paisagens. Viver alegrias há muito esquecidas. A vida não é uma luta incessante tendo essa luta como finalidade em si mesma. Isto não faz sentido. Não adianta medicalizar o sofrimento e criar fórmulas psicológicas e mágicas que justifiquem a penúria, a miséria e a ausência de amor. Para aqueles que praticam esta lógica violenta e asfixiante das racionalizações insensíveis resta, apenas, a nau dos insensatos, longe do porto do meu coração. (...) tenho a vontade incontida de ser feliz. Este é o único e possível sentido que desejo dar à minha vida”. (Fernandes, 1996:13)

Portanto, sabemos ser importante a tentativa de “identificar os ingredientes, os atores, os interesses em jogo” (Souza, 1987:09), ou seja, reconhecer a conjuntura que possibilita - facilitando ou dificultando - o aparecimento, a manutenção e a criação de novos espaços na saúde mental. Como afirma Souza (1987),

“(...) acontecimentos, a ação desenvolvida pelos atores sociais, gerando uma situação, definindo uma conjuntura, não se dão no vazio: eles têm relação com a história, com o passado, com relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas ao longo de um processo mais longo (...) Tão importante quanto apreender o sentido de um acontecimento é perceber quais as forças, os movimentos, as contradições, as condições que o geraram”. (Souza, 1987:14-15)

Para tanto, formulamos o seguinte problema para desenvolver esta dissertação: *perceber qual a vivência da inserção social e da cidadania por “usuários” de saúde mental, através da sua participação em dispositivos grupais estratégicos – cooperativa de trabalho e núcleo de discussão política - com repercussão na sociedade, formados no contexto da Reforma Psiquiátrica.*

A área de interesse investigada foram os novos dispositivos criados no campo da saúde mental e a questão da inserção social e cidadania possível aos “usuários” de serviços de saúde mental.

Delimitamos como Objetivo Geral: *Analisar como os usuários têm percebido os novos espaços e participado nos dispositivos da Reforma na Luta Por “Uma Sociedade Sem Manicômios”*. E como Objetivos Específicos:

- Delimitar o contexto da saúde mental em que surgem os novos dispositivos estratégicos, valorizando o aspecto histórico da Reforma que está em movimento;
- Compreender o interesse dos usuários em participar de espaços que confluam para a construção de novos lugares no tecido social, verificando se está sendo possível ou não o exercício da cidadania no cotidiano;
- Contribuir para a reflexão de novas práticas em saúde mental;
- Produzir reflexões, com auxílio da teoria, que fundamentem a ação política nos espaços de saúde mental;
- Demonstrar a importância de coletivos na Reforma Psiquiátrica que desenvolvam “ações políticas” na sociedade, divulgando assim o movimento social que o compõe.

Para o desenvolvimento teórico da dissertação, priorizamos as categorias teóricas presentes na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Recorremos a autores da saúde mental, das ciências humanas, sociais e de políticas públicas, além dos textos de profissionais que tiram da reflexão sobre sua prática instrumentos para a teorização desta.

Como proposta de pesquisa de campo, foi feito um trabalho de observação participante, análise de documentos nos dois dispositivos grupais e entrevistas com seus membros “usuários”, dando a eles a oportunidade de contarem seus dilemas e idéias pelo que têm vivido nestes espaços em termos de inserção social e cidadania. Utilizou-se o método qualitativo de pesquisa.

Pensar a Reforma Psiquiátrica a partir da fala dos usuários foi um meio de reforçar a presença destes nos debates, já que saem da solidão a que as internações os submetiam para a participação coletiva, de embates e conquistas nas relações, como espaço de exercício da fala e da escuta. Suas colocações são ímpares para o que se faz e o que está por vir.

Agora esclareceremos algumas questões. O que estamos entendendo por inserção social? Entendemos que o projeto de inserção social dos “usuários”, tão em voga na Reforma, pode se dar de várias formas, dependendo das condições, interesses e necessidades destes, dos programas de assistência, da disponibilidade familiar e tantos outros fatores. Com isso, o fato de destacar neste estudo a inserção social pelo trabalho e pela militância política não afirma

que estes modos de inserção são os melhores ou mais corretos. Outra característica importante da inserção é a de que ela não deve se dar só em nome da doença mental. Tanto os portadores de transtorno mental como outros indivíduos, igualmente marginalizados e excluídos, merecem oportunidades concretas de participação nas esferas sociais nas quais se acham competentes.

Não pretendemos aqui validar alguns espaços na saúde mental e negligenciar outros. O que se quer é incentivar modos de organização particulares que já têm tido repercussão na sociedade e principalmente no interior do campo da saúde mental, entre seus atores. Não são espaços únicos, mas de enorme representatividade, considerando o contexto social atual. Quanto aos “usuários”, acreditamos que cada qual buscará encontrar espaços que os façam se sentir melhor, de acordo com suas possibilidades. Participar de um espaço de trabalho e de um espaço político requer interesses e habilidades específicas que dirão respeito a algumas pessoas, não a todas. Logo, mesmo que uma pessoa só tenha condições de participar do serviço para tratar-se, ela já pode aí estar intensificando sua inserção através das trocas e aprendizados com as relações estabelecidas. Ou seja, o importante é saber qual o tipo de relação que se pode estabelecer consigo próprio e com a sociedade através da família, amigos, serviço, trabalho etc.

Tentamos falar de questões e problemáticas concretas de uma realidade. Não foram poucos os encontros, e muitos foram os aprendizados de relacionamento durante a pesquisa de campo. Entendemos que uma coisa é o que um técnico ou um ideólogo da Reforma pode achar melhor para os “usuários”, e outra é o que estes pensam e querem realizar efetivamente nas suas vidas.

Vale esclarecer que estamos aqui priorizando o olhar para a saúde mental no seu fazer social e político, expresso pela atuação e participação de grupos e pessoas em espaços públicos.

Os grupos que mencionamos são aqui entendidos como “dispositivos grupais estratégicos”. São espaços privilegiados para o desenvolvimento de uma ação política de participação no campo amplo da sociedade. Utilizamos a reflexão sobre “grupo-dispositivo” desenvolvida por Barros (1994c e 1997), com a intenção de destacar a dinâmica de produção subjetiva no grupo, em que várias histórias e modos de conceber o mundo se cruzam, se chocam, se esbarram, se reproduzem. São pactos de estar na vida, nas lutas, nas tensões e contradições de um com o outro e destes com as instâncias sócio-culturais e jurídico-políticas. E são *estratégicos* por criarem meios de ação e organização no grupo para a consecução de

fins específicos, não apenas micro, mas também macro-políticos. Neste caso, a ação voltando-se para o homem e suas necessidades.

Estão sendo privilegiados, portanto, espaços coletivos sem fins terapêuticos, o que, claro, não os impedem de assim o serem para seus participantes, como o cotidiano do trabalho no campo nos mostrou. Para isso, foi importante trabalhar com grupos que transitam em outros territórios, outros fóruns, que não apenas os da saúde mental, criando certa expectativa de aceitação, de recepção.

Percebemos tais dispositivos integrados ao movimento que diz “não” aos manicômios, criticando as instituições que se naturalizam, num momento de conformação de novos saberes e fazeres no cotidiano. De todo modo, se dá ênfase à cidadania. Vale sublinhar que atingir a cidadania é uma das metas de luta, mas não supre todas as necessidades das pessoas que sofrem de transtorno mental. A questão dos direitos não nos parece suficiente para dar conta do sofrimento da doença mental, o que não quer dizer que estes não sejam extremamente importantes para o reconhecimento das pessoas como sujeito da e na sociedade. Valoriza-se, então, a interdisciplinaridade neste campo.

A relevância deste estudo se dá a partir de três características. Em primeiro lugar, por descrever parte do contexto atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de valorizar a influência do ator político – o movimento social –, contribuindo para a formação de novos coletivos que incentivem a participação política de seus participantes, através de uma visão crítica da realidade.

Em segundo lugar, por mostrar como estão se constituindo as novas experiências em saúde mental; e o desafio de propor dispositivos que ofereçam novas possibilidades de inserção dos “pacientes psiquiátricos” na sociedade. Ainda são poucos os estudos que enfatizam as experiências com grupos que pretendem intervir na sociedade. Objetivamos que os novos grupos não se enfraqueçam; pelo contrário, que eles se ampliem e se fortaleçam, inovando com a participação implicada e compromissada nos vários âmbitos da sociedade, através de uma relação dialógica e representativa.

Em terceiro lugar, por convidar os próprios “usuários” para falarem sobre o impacto das novas experiências do campo da saúde mental no seu dia-a-dia, ajudando a delimitar, sob um outro ponto de vista, o projeto reformista que está sendo implantado.

A participação dos “usuários” (e seus familiares) - como novos protagonistas sociais - com potencial para formular ações sobre as instituições de assistência e as políticas viabilizadoras da Reforma Psiquiátrica podem consolidar a manutenção de novos serviços

pautados na necessidade desses sujeitos, além de incentivar o maior apoio e parceria das diversas instâncias sociais a esta causa e a tantas outras que acontecem na sociedade.

As novas experiências são uma realidade, uma invenção permanente e é na reflexão sobre elas, no que realmente estão inovando ou não, que se poderá criar novas teorizações e outras práticas. Destacamos as novas configurações sociais que autorizam, dão força e sentido para os novos coletivos, para as novas sociabilidades, para os novos sujeitos, para as novas vozes, as novas relações de troca, legitimando o surgimento de novas demandas sociais, novas lutas, independentes de serem a favor ou contra o projeto de Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos as dificuldades de escrever sobre um tema tão amplo e tão cheio de nuances, com questões diversas, nas quais ao olhar para o mesmo processo é possível, dar várias explicações. Por isso, não negamos que este estudo esteja aberto para várias interpretações e entendimentos. Foi feito, contudo, um ensaio sobre este tema. Temos ciência de que ele nos exige maiores reflexões e aprofundamento da história que tem sido construída. Esperamos, pelo menos, ter contribuído com algumas reflexões que, com certeza deverão fazer parte de outras investigações futuras.

Estruturamos este trabalho em quatro capítulos, os quais citamos abaixo.

No **Capítulo I**, realizou-se um breve esboço de como está se constituindo o projeto de Reforma Psiquiátrica, em especial, na cidade do Rio de Janeiro, na década de noventa. Para contextualizar historicamente a Reforma, consideramos alguns pontos da história da psiquiatria, desde Philippe Pinel às reformas européias e americana, a partir de meados do século XX. Destacamos o projeto de desinstitucionalização italiana como aquele que tem contribuído de modo original para o processo brasileiro, através das suas críticas ao saber psiquiátrico e aos manicômios, por meio de uma abordagem sócio-política na saúde mental.

Em seguida, destacamos alguns acontecimentos, nacionais e internacionais que contribuíram para uma nova história da saúde mental. Apontamos os cenários que alimentam as lutas por mudanças, neste caso, por exemplo, os serviços, as associações, o movimento social, os espaços de trabalho etc.. Assinalamos o novo paradigma na assistência – da Atenção Psicossocial – e a conseqüente abertura do campo da saúde mental, envolvendo mudanças teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e sócio-culturais (Amarante,1999). Abordamos as novas modalidades de assistência, suas propostas e a constituição de dispositivos-grupais, assistenciais ou não, de ação política, com intenção de promover a inserção social e cidadania de “usuários” de saúde mental. Encerramos com uma breve discussão em torno do projeto de reabilitação psicossocial que envolve estas propostas insertivas. Alguns acontecimentos do campo foram descritos para saber como este tem sido

pensado e construído por seus atores. Não tivemos, em nenhum instante, a pretensão de esgotar esta discussão, apenas tentamos contribuir com algumas sinalizações que parecem significativas.

No **Capítulo II**, com o objetivo de demarcar o aspecto político na Reforma Psiquiátrica, resgatamos um pouco da constituição do movimento social na saúde mental. Destacamos o contexto sócio-político em que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Descrevemos, então, a influência dos movimentos sociais na década de 70, reivindicando direitos de amplos setores da população. Em seguida, revisitamos o movimento da Reforma Sanitária. Para, assim, descrevermos parte da história do MTSM, seus atores, reivindicações, objetivos etc., até transformar-se no Movimento da Luta Antimanicomial, quando são criadas oportunidades efetivas para participação ativa de “usuários” e familiares de saúde mental nas discussões e lutas macro-políticas. Entende-se este movimento como um ator estruturante de espaços reivindicatórios e coletivos de ação política junto a outros setores da sociedade, contribuindo para a abertura do campo da saúde mental, em que o mais importante não é apenas tratar, mas, a partir da crítica sobre a sociedade em que vivemos, criar meios reais de participação dos usuários.

A idéia deste capítulo é somar-se às discussões realizadas no primeiro, deflagrando um contexto histórico que extrapola o fazer técnico-assistencial, indo além, isto é, por meio do engajamento político contribui diretamente para mudanças político-sociais.

No **Capítulo III**, buscamos refletir sobre a problemática das terminologias da inserção social e da cidadania na sociedade contemporânea. Descrevemos a discussão realizada por Santos (1998a) sobre a crise do contrato social e a reflexão de Castel (1994) sobre a crise da sociedade salarial na França. Integramos tais reflexões para o campo da saúde mental brasileira. Para pensar a luta por direitos e cidadania dos usuários, procuramos conhecer como ocorre, na visão de alguns estudiosos brasileiros, a vivência do ser cidadão brasileiro, que se mostra com peculiaridades muito importantes. Como por exemplo, na visão de DaMatta (1997), o tipo de “sociedade relacional” predomina no nosso meio, criando formas específicas de vivência da cidadania. A partir daí, pensamos como alguns protagonistas da Reforma - os serviços assistenciais e os dispositivos que promovem inserção pela via do trabalho e da militância política, no campo da saúde - lidam com esta realidade que se impõe.

Finalmente, no **Capítulo IV**, realizamos o trabalho de campo com o objetivo de ilustrar as mudanças em processo no campo da saúde mental em espaços específicos.

Estes espaços desenvolvem, na nossa visão, ações políticas, no sentido de incentivar a participação dos “usuários” em atividades laborativas e militantes, ampliando as conquistas

destes no campo social e contribuindo para a desmistificação do louco como “perigoso e incapaz” na sociedade.

Em primeiro lugar, descrevemos os procedimentos metodológicos para efetivar a pesquisa de campo - os meios para levantamento de informações (entrevista, observação participante, levantamento de fontes sobre o tema etc.) –, traçamos um perfil dos entrevistados e tecemos comentários sobre a participação do pesquisador no campo. Em segundo lugar, apresentamos a história, os objetivos e a dinâmica dos dois dispositivos grupais escolhidos - a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro - e também analisamos as opiniões dos “usuários” quanto a estes espaços.

Acreditamos que tais dispositivos estimulam a participação e a colocação social em um outro patamar, que não o marcado pela doença, oferecendo um outro “lugar social” – no campo mais amplo da sociedade, por exemplo, de “doente mental” passa a ser “cooperativado” e “militante”. Constitui-se numa determinada situação: lutar contra a discriminação não quer dizer que negue a doença, o que não se quer é ser reduzido às limitações que esta sugere.

Ao final, analisamos as falas sobre o tema da Reforma Psiquiátrica e a assistência, a idéia de inserção social e a construção da cidadania. Privilegamos na análise a visão crítica dos “usuários” diante da realidade.

Nas **Considerações Finais**, tivemos a intenção de destacar alguns aspectos da teoria e da prática do campo que viabilizam a afirmação de espaços micro e macro políticos na Reforma Psiquiátrica, incentivando, sobremaneira, a participação e o engajamento dos “usuários” pela construção de uma nova história na saúde mental. Buscamos também apontar algumas questões trazidas pelos dois dispositivos grupais analisados e as reflexões dos seus membros sobre estes espaços e o percurso que envolve seu caminhar na direção de uma inserção social cidadã.

## CAPÍTULO I

# INFLUÊNCIAS E CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

### 1 - Breve histórico da psiquiatria e suas reformas.

É impossível falar da Reforma Psiquiátrica, sem minimamente, mencionarmos alguns fatos da história da psiquiatria, que fornecerá à loucura o estatuto de doença mental.

Considerando, segundo Amarante (1996), que a psiquiatria desde o seu nascimento vive o lugar daquela que precisa ser reformada<sup>3</sup>, é que iniciaremos este capítulo, rememorando de modo muito breve o início da psiquiatria com o alienista Philippe Pinel. Demarcaremos, então, o contexto em que a psiquiatria surge no Brasil.

Em seguida falaremos de algumas propostas de reforma institucional da psiquiatria no pós-guerra do século XX, tais como a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria comunitária e a antipsiquiatria. Optamos por discutir a Reforma Psiquiátrica Italiana numa parte especial, por compreender que as discussões teóricas, epistemológicas, sociais, culturais e políticas conduzidas por esta reforma foram e são fundamentais para o processo de reforma brasileira.

Os estudos sobre a história da loucura (Foucault, 1989) e a construção do saber médico-psiquiátrico sobre esta (Becherie, 1989; Castel, 1980; Amarante, 1996; Filho, 1990) apontam para uma questão que nos parece central, a de que a loucura - como sinônimo de doença mental - foi uma construção delimitada no tempo e no espaço.

O marco inicial da psiquiatria ocorre com Philippe Pinel, na França, ao final do século XVIII. Inspirado pelos ideais humanistas decorrentes da Revolução Francesa e da criação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, dentre outros acontecimentos, Pinel se incumbirá da tarefa de separar os loucos de outros marginais, internos em Hospital Geral<sup>4</sup>. A loucura é, para ele, merecedora de uma atenção especial. Acreditando na idéia de que uma das principais causas da loucura/alienação<sup>5</sup> é de ordem moral (paixões exacerbadas e

<sup>3</sup> A psiquiatria nasce no interior da reforma das instituições sociais francesas do final do século XVIII, passando, então, a ser objeto de críticas e mudanças permanentes. (Amarante, 1996:39)

<sup>4</sup> Instituição social que excluía da sociedade indivíduos, “perturbadores” da ordem, que estavam à margem da sociedade, tais como ladrões, prostitutas, mendigos, loucos etc.

<sup>5</sup> O médico e filósofo Philippe Pinel inaugura a era dos alienistas, aqueles interessados no tratamento do estado de “alienação”, definido como “o estado de contradição da razão, portanto, como o estado de privação de



descontroladas, hábitos sociais irregulares etc.), Pinel justificará a necessidade de isolar o louco no asilo para que receba tratamento digno de acordo com os princípios humanitários e libertários do período revolucionário em questão. (Amarante,1996)

Ao longo das décadas, o alienismo, como parte da medicina, vai se fundamentando em torno de princípios pertencentes à ciência natural: através da classificação dos sintomas - denunciadores da enfermidade mental – a loucura passa a ser definida como doença com uma variabilidade de diagnóstico e prognóstico. A busca de explicações causais, tomando a doença como algo concreto no organismo do homem consolida a disciplina psiquiátrica, no campo da prática médica. Isto faz com que, ao longo do seu desenvolvimento, a psiquiatria se torne um “discurso competente”<sup>6</sup> sobre a loucura, legitimada socialmente.

Movida pelo paradigma da racionalidade científica, a psiquiatria definirá a loucura em oposição a uma certa normalidade; logo, loucura é desrazão. Este tipo de percepção implica em considerar o pensamento do louco sem sentido e sem lógica. A loucura ao ser silenciada torna-se nos dois últimos séculos a própria ausência de história, ou melhor, como diz Foucault, “*ausência de obra*”:

“A percepção que o homem ocidental tem de seu tempo e de seu espaço deixa aparecer uma estrutura de recusa a partir da qual se denuncia uma fala como não sendo linguagem, um gesto como não sendo obra, uma figura como não tendo direito a um lugar na história”. (Foucault, 1961:04)

Quase um século depois de construção da psiquiatria na Europa, esta chega ao Brasil, num contexto social bastante particular. Com uma característica econômica prioritariamente apoiada no trabalho servil, as cidades brasileiras giravam em torno da população dividida entre senhores, proprietários e escravos. Dentre estes, encontrava-se um grande número de pessoas deslocadas socialmente, sem ocuparem lugares sociais reconhecidos, estes são os vadios, ociosos, perambulantes nas cidades.

Os *desocupados permanentes* causam certo incômodo. Aos desocupados é oferecido um lugar para a reeducação pelo trabalho e convívio social útil. Misturados a uma massa de ociosos, estavam os loucos. Em nome da necessidade de um cuidado diferenciado e, por isso, mais humano, eles são inseridos em instituições psiquiátricas. O Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, é o primeiro hospital do Brasil. No entanto,

---

liberdade, de perda do livre-arbitrio. Se alguém é alienado, isto é, se não se lhe pertence, não há razão, não há liberdade”. (Amarante, 1996:46)

<sup>6</sup> Segundo Chauí (1989:07), o “discurso competente” é um “discurso instituído (...) não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância (...) o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo cânones da esfera de sua própria competência”.

estas instituições, em meados do século XIX, são predominantemente caritativas, sob a direção de religiosos.

A partir da República, em 1890, e sob a força de uma psiquiatria que se pretendia científica, instituiu-se ao psiquiatra o poder de administrar os hospitais e decidir a terapêutica mais adequada aos então reconhecidos doentes mentais<sup>7</sup>. A exclusão social do alienado mental, segundo Resende (1990), se torna diferenciada de outros marginalizados porque:

“(...) estes processos serão, a partir de um certo momento, referendados pela ciência; o seqüestro será indicação clínica; o trabalho, uma imposição terapêutica; a presença de um número desproporcional de representantes das classes populares e de certos grupos técnicos na população dos hospícios se justificará como taras hereditárias e tendências naturais desses grupos a determinados distúrbios mentais e a sociedade”. (Resende, 1990:36)

Na primeira metade do século XX, com a chegada ao Brasil das idéias européias de higienismo, as autoridades brasileiras determinam o ordenamento dos espaços sociais, evitando a disseminação de doenças à população<sup>8</sup>. Sendo a loucura um fenômeno desconhecido, logo perigosa, é determinada a sua retirada das ruas. Ao psiquiatra caberá cuidar dos estranhos, dos “desequilibrados”. Percebemos, então, que neste período, o manicômio tem uma *função médica* - de tratamento - porém, muitas vezes, atuando com uma *função social*, a partir de interesses econômicos, políticos da sociedade<sup>9</sup>.

Contudo, no final da primeira metade do século XX, a psiquiatria brasileira sofrerá a influência de outras abordagens, em sua maioria européias, sobre a loucura e, principalmente, sobre o papel social e terapêutico do asilo.

Aqui citaremos algumas propostas de “Psiquiatria Reformada”<sup>10</sup> Contemporânea” (Amarante, 1995:28) significativas para ilustrar as mudanças na psiquiatria. Não temos

<sup>7</sup> Conferir em Cunha (1989). Ela fala das mudanças pelas quais passa a loucura em relação à sociedade com a vigência da República, saindo das ruas para os manicômios.

<sup>8</sup> A partir da década de 20, surge no Brasil o movimento higienista, representado pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), tendo como participantes psiquiatras, juristas, educadores etc. Visava-se a uma ação normalizadora, não apenas aos loucos, pois a intervenção da psiquiatria deveria se expandir para toda população, por meio de ações profiláticas/preventivas, promotora de saúde para todos. Para saber mais sobre o histórico, princípios, iniciativas e conseqüências deste movimento conferir, dentre outros, Carvalho (1997), Amarante (1994b) e Baptista (1999b).

<sup>9</sup> Não podemos deixar de mencionar os psiquiatras Ulisses Pernambuco e Nise da Silveira que, na primeira metade deste século, tomam iniciativa de tentar mudar o quadro de violência sobre os loucos no interior dos asilos. (Rego et alii., 1998).

<sup>10</sup> O termo “Psiquiatria Reformada” foi utilizado por Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) para nomear as propostas desinstitucionalizantes na Europa e nos Estados Unidos, principalmente, a partir dos anos 60, cujos objetivos centrais eram tanto o de “renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação”, quanto por questões administrativas e necessidade de racionamento financeiro, que seria possível com a diminuição de leitos hospitalares (Rotelli et alii, 1990:20).

intenção de nos aprofundar nas suas diferenças, que dizem respeito a contextos muito particulares.

Com o objetivo de renovar o tratamento e a “terapeuticidade” dos hospitais psiquiátricos, que, desde o período das Guerras Mundiais, passam a ser reconhecidos como verdadeiros campos de concentração, surge na Inglaterra a proposta da comunidade terapêutica – termo utilizado por Maxwell Jones, em 1959, com a finalidade de dinamizar a administração do hospital e democratizar a participação de todos no seu interior.

Na França, é criada a psicoterapia institucional. François Tosquelles é um ator essencial para a concretização desta proposta. Num hospital psiquiátrico francês, ele implantou a experiência da chamada “Escola de Liberdade”, que se concretiza pela abertura das portas do hospital<sup>11</sup>.

Tanto a comunidade terapêutica como a psicoterapia institucional têm como preocupação básica instaurar mudanças no interior das instituições de tratamento, promovendo relações terapêuticas mais humanizadas. Estas propostas, de acordo com Birman e Costa (1994), têm a *saúde mental como objeto implícito*. Birman (1992) as remete a uma “*pedagogia da sociabilidade*”, realizada

“num registro discursivo e num contexto grupal em que se pretende a regulação do ‘excesso’ passional da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos internados - mas estes devem aprender nessa microsociedade as regras das relações interpessoais do espaço social”. (Birman, 1992:85)

As críticas a estas propostas vêm, principalmente, de certos psiquiatras italianos que as acusam de não tocarem num ponto que para eles era fundamental, o da função segregadora das instituições psiquiátricas. No entanto, tais experiências são inovadoras no contexto das décadas de 50 e 60, influenciando os profissionais brasileiros, que no início da década de 70 as põem em prática em alguns hospitais brasileiros.

O projeto de psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos (Caplan, 1980) e a política francesa, da década de 60, de psiquiatria de setor (divide-se o hospital de acordo com áreas geográficas e sociais específicas, aproximando o psiquiatra da comunidade), compreendem a *saúde mental como objeto explícito* (Birman e Costa, 1994), ou seja, a intervenção médica será voltada para os focos de possíveis doenças.

<sup>11</sup> A abertura do hospital permite a entrada de todo tipo de pessoas da comunidade que estivessem empenhadas em mudar a realidade de abandono no interior dos hospitais. Formam-se clubes, cooperativas, grupos terapêuticos. Para maiores detalhes da proposta de psicoterapia institucional, implantada por François Tosquelles, e as diferenças com o projeto italiano de desinstitucionalização, consultar Gallio e Constantino (1994).

A proposta americana, em especial, possui um projeto em saúde mental, desencadeando várias críticas ao modo como intervêm nos espaços sociais. (Filho, 1983; Costa, 1989a).

Através de centros de saúde mental na comunidade, que viabilizam o projeto de desinstitucionalização americana conclamado pelo governo do presidente Kennedy, no início da década de 60, cabe ao psiquiatra abrir seu campo de atuação para além do hospital, isto é, entrar na comunidade em busca de “suspeitos” para tentar evitar futuros casos de adoecimento mental, encampa-se, então, a proposta preventivista em relação à doença mental<sup>12</sup>.

Por outro lado, interesses outros intermedeiam esta proposta, visto que a psiquiatria comunitária permite, dentre outros fatores, uma grande economia aos cofres públicos do estado americano, pois prevenir é mais barato do que acolher o doente e tratá-lo. A desinstitucionalização transforma-se, por conseguinte, em desospitalização acarretando falta de assistência, abandono de pacientes, alimentando o fenômeno chamado de transinstitucionalização. Neste caso, os pacientes psiquiátricos tornam-se freqüentadores de outra modalidade de instituição, não rompendo o circuito de institucionalização. (Rotelli et alii, 1990:21)

Ainda na década de 60, aparecem as propostas que tendem a romper com o saber psiquiátrico tradicional: a antipsiquiatria (Cooper, 1973) e o movimento democrático italiano. Representante de uma das propostas reformistas mais radicais, a antipsiquiatria propõe a negação do modelo médico da psiquiatria e comenta sobre os aspectos doentes e perversos de familiares dos loucos. Porém, esta não dava conta da complexidade cada vez mais aparente do fenômeno loucura. A contribuição desta proposta ao longo do tempo se afirma mais como uma condição política de se repensar a teoria e prática psiquiátrica do que uma teoria sólida que bem justificasse o fim da psiquiatria. No mesmo período, as idéias italianas por uma nova psiquiatria começam a ser plantadas.

---

<sup>12</sup> Caplan (1980) define três campos de ação da prevenção: a prevenção primária, que reduz na comunidade a incidência de distúrbios mentais; a prevenção secundária reduz a duração dos distúrbios e a prevenção terciária reduz a deterioração provocada pelos mesmos distúrbios, através de práticas reabilitadoras, ou seja, integra o indivíduo pela adaptação às regras sociais. Indicamos o texto de Birman e Costa (1994a) e Lancetti (1989) para um maior aprofundamento das críticas à psiquiatria preventiva, envolvendo, inclusive, a questão ética do profissional.

## 2 - As rupturas da Reforma Psiquiátrica Italiana.

A desinstitucionalização psiquiátrica italiana, iniciada por Franco Basaglia, teve grande repercussão no Brasil dos anos 70, influenciando, sem dúvida alguma, o projeto de implantação da Reforma Psiquiátrica neste país.

A experiência triestina, de quase 30 anos, que veremos na sequência deste estudo, continua sendo referência importante para todos aqueles que acreditam em mudanças radicais no âmbito da saúde mental. Mas apenas referência e não modelo fechado de como transformar a psiquiatria, visto que a realidade sócio-cultural, econômica e política brasileira é muito distinta e os caminhos e estratégias trilhadas são diferenciados. Contudo, acreditamos que o poder de ação política deste projeto inovador deve servir para o empreendimento brasileiro como ferramenta indispensável.

Sublinhamos que a mola propulsora do que veio a ser a reforma italiana foi a contundente crítica ao que Basaglia chamou de “instituições da violência”. São instituições como as escolas, os hospícios e as prisões, legitimadas pela sociedade para normatização e adequação dos alunos, dos loucos e dos prisioneiros, respectivamente, promovendo um retorno à sociedade saudável e obediente às normas e regras hegemônicas na sociedade.

A responsabilidade por estes espaços - como uma “missão” ou um “mandato social” - fica a cargo de profissionais que em nome do seu saber especializado são autorizados a exercer uma intervenção pedagógica e reparadora. Ações de poder que são traduzidas por Basaglia, no contexto da década de 60 e 70, como sendo de pura violência: violência no corpo, na subjetividade, nos direitos.

“violência exercida por aqueles que estão do lado do sistema, sobre aqueles que se encontram irremediavelmente colocados sob seu domínio (...) o mais característico de tais instituições é uma cortante separação entre os que detêm o poder e os que não o detêm (...) expressa uma relação de violência entre poder e não -poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro (...) Estas instituições podem ser definidas como instituições da violência”. (Basaglia, 1973:36)

Sob tal perspectiva a instituição psiquiátrica revela a sua função social da exclusão de pessoas consideradas “anormais”, segundo valores específicos da sociedade.

Diante desta realidade, Basaglia e outros profissionais, impulsionados pela experiência de comunidade terapêutica num hospital psiquiátrico de Gorizia<sup>13</sup>, na Itália, onde a assistência passou a ser feita de portas abertas, tentam implantar suas idéias revolucionárias na pequena

---

<sup>13</sup> Para maior conhecimento sobre esta experiência ver Basaglia (org.) (1985).

cidade de Trieste. Aqui o paciente passa a ser percebido como um *homem com necessidades* e não como um simples doente. Iniciam o trabalho de desconstrução da lógica psiquiátrica, ou ainda da negação às suas construções.

“A negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência a qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (...)” (Basaglia et alii, 1994:16)

Este trabalho de desconstrução começa no interior do hospital e atravessa a sociedade. É formalizado um intenso contato com todos setores sociais, implicando cada um na responsabilidade por mudar o quadro de violência institucional e, com isso, vai sendo construída uma base social para suas idéias.

Rotelli (1991) fala sobre a história da reforma italiana explicando que ela faz parte de um processo contínuo de questionamento sobre o lugar das instituições na sociedade e, em especial, ao papel da psiquiatria ao longo das décadas. Além disso, estas idéias nascem no contexto de ebulição social e política de vários movimentos sociais que aconteciam no país.

A luta empreendida pelo grupo que lutava no movimento democrático italiano, desencadeia a possibilidade de montagem de estruturas assistenciais fora dos muros asilares, em Centros de Saúde Mental na comunidade ou em Hospitais Gerais.

Com a aprovação no Parlamento Italiano da lei da Reforma Sanitária e da Lei 180, da Reforma Psiquiátrica, de 1978 que “*proibiu a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico e declarou que o vínculo entre doença e periculosidade, presente na legislação precedente, não tinha sustentação científica, removendo-o, pois, radicalmente, da legislação*”, os pacientes italianos adquirem um novo estatuto que permite a conquista de direitos pela cidadania. (Rotelli, 1991:119).

Sublinhamos, que neste contexto de mudanças, Basaglia preocupa-se que com o fim dos manicômios estas novas estruturas de atendimento viessem a reduzir o tratamento à intervenção medicamentosa, o que para ele seria um equívoco. Isso teria de ser combatido nos novos modelos assistenciais. (Rotelli, 1992a: 93)

A vida na comunidade dos ex internos de manicômios passa a ser a busca pela qualidade de vida, produção de saúde e cidadania plena, que não está restrita à cidadania política ou civil, mas principalmente à cidadania social, com direito a estudar, trabalhar, ter lazer, moradia. Esta postura de oposição a uma lógica que exclui, oprime, anula, eles chamam de “*inversão institucional*” ou “*desinstitucionalização*”. (Rotelli,1991:120)

Amarante (1996) nos lembra três tendências para entendimento do conceito de desinstitucionalização: como *desospitalização* (fechamento dos hospitais e construção de centros comunitários assistenciais), como *desassistência* (alguns setores sociais que são contra a reforma psiquiátrica costumam relacioná-la ao abandono dos doentes nas ruas) e como *desconstrução* (projeto italiano iniciado na cidade de Trieste, em 1971; o viés social determina o fim dos manicômios e a reutilização dos seus recursos na rede comunitária de assistência.). A terceira tendência tem sido a inspiração da reforma brasileira. Desta maneira, busca-se a construção de um outro paradigma, que não o da medicina científica na psiquiatria.

Ao utilizar as categorias *desinstitucionalização/desconstrução*, a psiquiatria democrática italiana exige um refazer da psiquiatria, em torno do seu saber teórico/epistemológico, da sua intervenção na assistência e do seu caráter político-ideológico. Esta encontra-se, então, convidada a se inserir na complexidade da existência humana.

Basaglia procura demonstrar a inoperância e ineficácia do modelo terapêutico tradicional promovido pelo saber psiquiátrico, que pouco dá conta da complexidade das pessoas que necessitam de seus cuidados. Uma das suas propostas de ruptura conceitual está relacionada ao “objeto” da psiquiatria. Para este autor, a questão principal da psiquiatria não é a doença, nem sua periculosidade<sup>14</sup>. Na verdade, a psiquiatria deve ocupar-se da “*existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social*”. (Rotelli, 1990:90).

A reforma psiquiátrica italiana, ao delimitar seu campo de ação no campo social, não apenas se responsabilizará por tratar, mas também criará recursos para que a loucura volte a ser pensada como algo que faz parte da sociedade, sendo intrínseca a esta.

Duas categorias desenvolvidas, a partir do olhar mais amplo sobre a pessoa que sofre e de um olhar crítico para a sociedade, são determinantes para a compreensão do novo objeto da psiquiatria. Falamos aqui da “*doença mental entre parênteses*” e do “*duplo da doença mental*”.

A categoria de “*doença mental entre parênteses*” considera o saber construído pela psiquiatria como encobridor da complexidade do portador da dita doença mental, pô-la entre parênteses ajuda a pensar o sujeito no processo saúde-doença e não como um “objeto adoecido”, que deve voltar a certa normalidade após o “desaparecimento” do seu sintoma.

---

<sup>14</sup> A idéia da periculosidade social da loucura, na psiquiatria reformista da Itália, é também um dos balisadores da sua crítica à psiquiatria tradicional, já que apreende-se da noção de periculosidade social na loucura a sua produção histórica e não a essência do sofrimento psíquico. A intenção é desmontar os elos entre a loucura (compreendida como fenômeno existencial no homem), a doença mental (caracterizada como uma “produção intelectual”) e a equação “louco = perigoso”, que justifica a exclusão da comunidade ao interpretar que todos os loucos são perigosos, desconsiderando as especificidades de cada um. (Barros, 1994b:178).

“O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental enquanto um conceito psiquiátrico - que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.” (Amarante, 1996:82)

Na segunda categoria - *duplo da doença mental* - a ênfase está nas instituições constituídas a partir da afirmação de que a loucura é o mesmo que doença.

“por *duplo da doença mental* é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é o fazer institucional da doença mental, que é construída a partir da negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa enquanto objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de pré-conceitos “científicos”, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental.” (Amarante, 1996 85, grifo do autor)

A esta altura já podemos perceber melhor que ao considerar o louco como “sujeito”, e não simplesmente como “doente mental”, a intervenção profissional encontra-se modificada. O que será terapêutico, neste modo de apreensão da loucura, é o caminho a ser perseguido para que as pessoas se tornem atores sociais no cotidiano das suas vidas. (Rotelli, 1990:94)

Basaglia (1981:08) argumenta que o trabalho de desinstitucionalização, do profissional como “operador social” e como “militante”, deve ser principalmente fora da instituição, na miséria produzida pela sociedade, em que a loucura está enquadrada. A luta fundamental pela qual ele deve, portanto, se empenhar é a de reformular a relação entre

“cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Isto é, reconhecer como primeiro ato que a estratégia (...) de cada ação é o homem, as suas necessidades, a sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para atingir a satisfação destas necessidades e a realização desta vida para todos”. (Basaglia, 1988:17)

Uma das estratégias utilizadas para mudar a relação cidadão-sociedade foi a criação de um projeto direcionado para o exercício do trabalho, em que o dito louco pudesse participar. A originalidade do grupo triestino se expressa no projeto de *Empresa Social*<sup>15</sup>. Proposta de uma rede de trabalho não apenas para as pessoas com problemas mentais, mas para outros membros da sociedade.

<sup>15</sup> O termo Empresa Social é utilizado na Europa desde 1987, “para dar um nome às novas estratégias dirigidas para o enfrentamento da crise do trabalho e da crise na assistência”, através das experiências renovadoras de instituições e políticas sociais (Leonardis et alii, 1995:11). São empreendimentos realizados na sociedade entre pessoas distintas entre si, que se constituem como capital humano de trabalho, com valor social. Segundo estes autores, o mercado não promove só a exclusão, ele também “cria sujeitos porque alimenta intercâmbios, encontros, experiências, emoções”. (Leonardis et alii, 1995:12). Quando diferentes pessoas se reúnem para a realização de um trabalho, elas não são mais dependentes de um ou de outro, mas sim *interdependentes*, se fazem valer pela comunicação que existe entre as pessoas e não por ser algo distinto, incomum e digna de marginalização.



O trabalho aqui sendo reconhecido como direito do cidadão e não como tratamento com objetivos terapêuticos, adaptativos, reparadores. O importante é a saúde mental que pode ser produzida na execução de tarefas com reconhecimento social e o dinheiro ganho com seu esforço e dedicação. Novas relações se estabelecem da pessoa consigo mesma e com os outros, sejam eles loucos ou não. Muitas vezes estas relações são consideradas terapêuticas: *“Eu penso que é terapêutico tudo aquilo que é o acesso aos direitos, tudo aquilo que nos permite revisitar com qualidade a vida.”* (Rotelli, 1994:159)

Finalizamos esta breve apresentação histórica e de algumas categorias que norteiam as lutas que sustentam as mudanças na assistência psiquiátrica italiana com o seguinte dizer de Rotelli, que para nós é sempre fato de inspiração.

*“a única forma que nós temos para modificar essa sociedade é fazer tudo aquilo que nós conseguimos fazer, como se nós estivéssemos numa outra sociedade, como se tudo fosse possível (...) acho que a prática vence sempre sobre a ideologia, mas o que acontece é que nós temos que inventar a prática e inventar prática que tenha uma qualidade”.* (Rotelli, 1994:166, grifo do autor)

Assim, com a intenção de mudar, de transformar, de inventar uma realidade, como vem sendo tentado na Itália, é que compreendemos a história desencadeada pela saúde mental brasileira há três décadas. E é este caminhar permanente que tentaremos mostrar na seqüência deste capítulo, quando retratamos como têm se desenvolvido as lutas individuais e coletivas pela qualidade no conhecimento, na política, na assistência, no trabalho, na família, no lazer, envolvendo técnicos, usuários de saúde mental, familiares etc.. Lutas realizadas de modo crítico, com tensões, dúvidas... Atores em debate, no desafio de uma sociedade, onde seus membros tenham estatuto de cidadania e dignidade na sua inserção social.

### **3 - A Reforma Psiquiátrica no Brasil: reestruturando a saúde mental.**

No contexto de Reforma, a psiquiatria difere da saúde mental. De acordo com Saraceno (1999:144-145), a primeira se refere ao trato da doença mental e a segunda coloca no centro da intervenção a dinâmica da saúde-doença, onde, além de tratar, o trabalho de prevenção e promoção de saúde também são imprescindíveis para o desenvolvimento do bem-estar das pessoas. Uma outra definição de saúde mental nos é oferecida por Birman e Bezerra (1994):

*“conjunto de práticas clínicas, políticas e técnicas vinculadas ao campo de saberes, intitulados de psiquiatria e psicanálise na tradição acadêmica. O que está em questão (...) é a problemática do sujeito e da subjetividade nas suas articulações com o social. São os processos e estratégias de subjetivação,*

assim como os destinos sociais do sujeito, que estão em pauta no campo da saúde mental” . (Birman e Bezerra, 1994:153)

Estas definições nos colocam diante da complexidade de um campo que se move por outras estradas que não unicamente aquela construída pela teoria e prática psiquiátrica que foi se firmando ao longo do tempo. O paciente psiquiátrico passa a ser compreendido na interface das questões jurídicas, políticas, culturais e econômicas presentes na sociedade, implicando a relação entre qualidade de vida e a saúde das pessoas.

“as condições de vida e a percepção subjetiva dos pacientes adquirem absoluta relevância. Saudável, ou enfermo, incapacitado ou não, se trata da valorização que os sujeitos têm sobre as condições de sua vida (...) É indispensável que o tratamento seja eficaz em relação aos sintomas, mas também na melhora da qualidade de vida global do paciente e, de alguma maneira, nos efeitos que pode ter nos demais membros da família e outros componentes de sua rede social. Nenhuma evolução do tratamento deve considerar-se completada se não se faz acompanhar de uma informação clara e bem documentada sobre as mudanças na qualidade de vida daqueles que receberam o tratamento e daqueles que os rodeiam”. (Desviat, 1996:09)

Este passa a ser um importante compromisso dos novos dispositivos assistenciais, quando tratar é dar atenção, cuidar, e junto com os usuários abrir outras portas que transformem, não apenas sua vida, mas a de todos envolvidos no projeto da Reforma Psiquiátrica. Mas o que entendemos por Reforma no Brasil? A maneira com a qual a compreendemos tem sido a de afirmar as articulações de diversas instâncias da esfera social, dos saberes especializados, para dar conta da relação sociedade e “doente mental”. (Amarante, 1994a e Delgado, 1992c)

Sabemos que a reforma não nasceu de um dia para o outro e nem foi fruto de uma ou outra pessoa<sup>16</sup>. Ela é um processo, que está em permanente construção, colocando à prova, cotidianamente, seus formuladores e agentes.

“Reforma Psiquiátrica é uma expressão algo imprecisa (...) conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas, a partir do final da década de 70 (...) movimento que implica simultaneamente forças e instituições sociais de origem diversa, incidindo sobre territórios heterogêneos, como as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o mercado de serviços de saúde, as corporações profissionais, neoformações corporativas – como grupos de famílias de pacientes -, governos municipais, estaduais e federal, partidos políticos e outros”. (Delgado, 1992c:42-44)

---

<sup>16</sup> A idéia de mudar a assistência em saúde mental asilar entre nós não nasceu nestas duas últimas décadas. Em 1954 surge um dos primeiros Hospitais-Dia, na cidade de São Paulo (Zusman,1992), outro surge em Porto Alegre/RS, no início da década de 60. (Blaya, 1962).

Na base da Reforma existem três princípios fundamentais: *romper* com a tradição científica psiquiátrica (não objetivação da loucura, considerando o sujeito que sofre com sua subjetividade singular); *desconstruir* as marcas negativas impostas à loucura pela instituição e o saber médico; *conquistar* para ela um outro lugar social, onde as relações sejam não só humanitárias, mas de respeito e reconhecimento à diferença do outro. (Amarante, 1999)

Como já visto neste trabalho, a Reforma Psiquiátrica no Brasil sofreu a influência das tendências reformistas européias e americana, umas mais e outras menos, dependendo da conjuntura que se fazia favorável a uma ou a outra. Além disso, a presença das idéias críticas de renomados teóricos europeus no Brasil motivaram o início do processo reformista.

É possível afirmar que, apesar de todas estas influências, a reforma brasileira tem especificidades próprias. Afinal, ela ocorre em um país considerado de terceiro mundo, com organização social precária em relação às necessidades básicas da sua população.

Inspiradas por propostas indutoras de transformações na saúde e no campo mais amplo da sociedade é que as políticas da saúde mental, através, primordialmente, da luta iniciada por profissionais da rede pública de assistência, tomaram um novo corpo nas duas últimas décadas.

O inconformismo de profissionais quanto à ineficaz intervenção psiquiátrica no interior dos hospitais, públicos e particulares conveniados, em grande parte com maus tratos, abandono, possibilitaram o surgimento do primeiro movimento social organizado no campo da saúde mental - o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental<sup>17</sup>.

Na década de 80, aposta-se na rede ambulatorial de saúde mental, com o intuito de controlar as internações e oferecer uma assistência mais criativa, permanente e humanizada à população necessitada, evitando com isto o estigma construído com a internação<sup>18</sup>.

A experiência ambulatorial, porém, teve duas facetas distintas. Por um lado, mostrou-se ineficaz em relação à clientela mais grave em saúde mental, demandatória de um cuidado para além da medicação e consultas esporádicas com o médico. De outro lado, iniciou uma transformação no atendimento em que, em primeiro lugar, a história de vida do paciente era mais valorizada do que a sua patologia. Novas formas de atenção, assim, foram sendo criadas. (Nelman, Lancetti e Nicácio, 1988:08)

---

<sup>17</sup> No próximo capítulo daremos ênfase à conjuntura nacional que possibilitou este movimento e descreveremos sua constituição histórica e desdobramentos.

<sup>18</sup> Recomendamos a leitura do texto de Bezerra Jr (1990) em que ele problematiza alguns aspectos do atendimento e da visão de sujeito particulares à ampliação da prática ambulatorial como substitutivo das internações hospitalares. Sua reflexão ainda é muito útil neste momento.

Neste período, os hospitais psiquiátricos permaneceram praticamente intocados, sua função médico-social de tratamento e exclusão ainda era importante para a ordem social contemporânea. Contudo, a partir do final da década de 80, esta configuração na assistência depara-se com uma série de acontecimentos sócio-políticos, fortalecendo as idéias reformistas na saúde mental.

Um dos caminhos que se persegue é o da mudança da Legislação Psiquiátrica Brasileira. É uma legislação antiga, do começo do século XX, que autoriza a prática asilar e a exclusão social no tratamento de pacientes psiquiátricos.

A seguir, faremos uma breve descrição de alguns acontecimentos que entendemos de extrema relevância para o desenvolvimento da Reforma no Brasil, criando, aos poucos, espaços e ações voltadas para a prática de inserção e exercício da cidadania de usuários.

### **3.1 - A saúde mental em ebulição: mudanças na assistência e nos direitos aos usuários de saúde mental.**

Alguns acontecimentos internacionais servem de referencial para os projetos reformistas na assistência brasileira, tais como a Conferência de Caracas e a Carta da Organização das Nações Unidas.

A Conferência de Caracas, em 1990, empenha-se pela reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina. Ela conta com o apoio da Organização Panamericana de Saúde, ligada a Organização Mundial da Saúde (OMS), e a assessoria de instituições européias. Propõe a *“reorientação da atenção psiquiátrica de maneira que esta não se limite ao hospital mental/psiquiátrico como única modalidade assistencial, de modo que (...) amplie as alternativas assistenciais”* (Levav et alii, 1996:14). As estratégias direcionam-se para o fortalecimento da rede de atenção comunitária, para a promoção dos direitos humanos, para a realização de programas de formação de pessoal e para a mobilização de profissionais e comunidade, assegurando a participação de usuários e familiares<sup>19</sup>. (Levav et alii, 1996:17-19).

Outro acontecimento significativo é a criação da Carta da Organização das Nações Unidas (ONU), de 17 de dezembro de 1991, chamada *“Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”*<sup>20</sup>. Baseada

---

<sup>19</sup> Alves (1996) comenta que é justamente a militância das organizações de usuários e familiares que fortalecerá o início das mudanças na assistência brasileira, diante da realidade de investimento maciço de recursos públicos nos hospitais psiquiátricos, decorrente da hegemonia da cultura manicomial.

<sup>20</sup> Há uma tradução brasileira chamada *“Versão Amiga dos Usuários”* (versão encontrada em Vasconcelos, 1992), destacando termos que, no Brasil, são utilizados para marcar os novos modos de lidar e entender a pessoa

principalmente nos critérios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, visa a garantir uma assistência digna, preferencialmente na própria comunidade do usuário, onde possa conhecer seus direitos civis, políticos, culturais, econômicos, sociais, sendo protegido de qualquer tipo de discriminação e exclusão.

No Brasil, um importante e vital passo para a maior mobilização de novos atores na saúde mental foi o encaminhamento ao Congresso Nacional do Projeto de Lei no.3.657, de 1989, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, que “*Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*”. Afirmando, inclusive, a imperiosa necessidade de revogar as disposições retrógradas do Decreto no. 24.559, de 3 de julho de 1934, que diz respeito “*a assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas*”.

O conhecimento público deste projeto provoca reações tanto a favor quanto contrárias ao fim dos hospitais psiquiátricos<sup>21</sup>. Empresários e administradores de hospitais privados e alguns familiares de usuários iniciam uma articulação nacional contra a implementação deste projeto<sup>22</sup>. Neste período, é criada a primeira associação de familiares contra este projeto<sup>23</sup>.

Na Revista “Saúde Mental Debate” (1996), publicada pelo Instituto Brasileiro de Psico-Neuro-Ciência, fica claro o clamor oposicionista ao projeto de lei, clamor expresso através de artigos, entrevistas, charges, cartas enviadas a Senadores. As críticas realizadas procuram afirmar o espaço de poder da autoridade psiquiátrica - imbuída do saber científico - e do espaço hospitalar. Ambos com competências autorizadas para o trato da doença mental.

Na fala de um familiar fica claro a exigência para que a psiquiatria não perca de vista seu caráter de ciência, responsável pela produção de um conhecimento que comprove a natureza e caráter objetivo da doença mental.

designada *louco*. Ao invés da utilização da tradução literal “enfermidade mental”, a substitui por “problemas mentais” (entendida como noção vaga e estratégica, com o objetivo de evitar a estigmatização); no lugar de “paciente” utiliza a noção “usuário” (a intenção é desfazer a idéia de passividade do louco em oposição a sua capacidade de ser ativo e participante enquanto cliente dos serviços de saúde mental).

<sup>21</sup> É válido assinalar que, neste momento, são feitas reportagens sobre o projeto-lei, falando do início de mudanças dentro dos manicômios, como visto na reportagem do Jornal O Globo de 03/02/91, intitulada: “País começa a acabar com os manicômios”.

<sup>22</sup> A partir deste momento fala-se da relação entre donos do hospital (empresários da rede particular de hospital conveniada com a rede pública – o Sistema Único de Saúde) com familiares que são contra o fim dos manicômios ( que temem pelos “loucos abandonados nas ruas”, por não terem condições de ficar com suas famílias ou por serem sozinhos). A defesa do manicômio, em nome da preocupação com a falta de assistência passa a se confundir com os interesses econômicos dos chamados “empresários da loucura”. Para maiores informações conferir a reportagem: “Afiml, quem não é?” da Revista Atenção, de 1996, e o texto de Fernandes (1991)

<sup>23</sup> A Associação de familiares e doentes mentais, tem seu início em 1991. Atualmente, chama-se Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais, numa mensagem clara de abertura e difusão das suas preocupações e lutas a outros setores sociais, comprovada também pelo número de associados que é de 5.800. (Souza, 1999b)

“A política que vem sendo conduzida pelo Ministério da Saúde, por proposta da sua Coordenação de Saúde Mental, é, no mínimo um desastre. Por conta dessa política, repudiada pela esmagadora maioria dos psiquiatras-cientistas do Brasil, instalou-se o caos, uma vez que não é baseada em cálculos científicos”. (Macedo, 1996:09)

Qual a importância deste embate para o nosso momento atual? Em relação às famílias, há o medo de que, com o fim dos hospitais, o atendimento público na saúde mental perca o rumo, pois não existe confiança na possibilidade de que o Governo invista em outras modalidades de assistência. Mas há também o impacto de que pela primeira vez se fala que para a loucura é possível outros espaços. Então, pergunta-se: que espaços seriam esses?

Quanto aos psiquiatras, a mudança na assistência requer deslocamento do seu poder médico. Talvez isso explique a ênfase na defesa corporativista da classe, apesar de constar nos seus discursos a preocupação com o eventual abandono de pacientes a sua própria sorte, sem o *abrigo e garantias da ciência médica*.

A difusão na sociedade da idéia de abandono dos pacientes às ruas exige dos defensores do projeto reformista uma divulgação mais clara e ampliada do projeto de reforma assistencial na sociedade. Instaura-se o que Vasconcelos (1992:26) chama de “processo constituinte”, convocando todas as pessoas interessadas a discutir as mudanças na política e legislação nacional. A abertura do debate aos meios de comunicação e aos vários grupos sociais permitiu que as discussões não fossem mais centralizadas unicamente no meio acadêmico e assistencial.

Observa-se que, para a defesa de uma sociedade sem manicômios, não basta falar em extingui-los, mas mais importante que isso é fazer com que todos atores da sociedade entendam concretamente o que são os tais *serviços substitutivos* a eles.

Sabemos que, diante de tudo isso, o projeto-lei de 1989 teve problemas para aprovação no Senado Federal, principalmente em virtude do lobby de empresários da saúde no Congresso. Com alterações recentes na redação final, realizada pelo Senador Sebastião Rocha, o projeto é finalmente aprovado no Senado Federal, no ano de 1999<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> O projeto-lei agora “*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial*”. O retorno à Câmara dos Deputados semeará um novo debate em torno dele. Apesar das conquistas adquiridas na maioria dos artigos em relação aos direitos dos usuários, o Movimento da Luta Antimanicomial, dentre os quinze artigos existentes tende a não concordar com dois artigos: o quarto e quinto (parágrafos 2º. e 3º.), que abrem “brechas” para a permanência de financiamento aos hospitais públicos e conveniados, com abertura de leitos. Deste modo, estes artigos não contemplam a questão principal do projeto de lei original que falava da “extinção dos manicômios”, e que é vital para a reestruturação assistencial brasileira no processo reformista atual.

O auge das reorientações assistenciais, no processo de Reforma Psiquiátrica, ocorre na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Esta Conferência afirma como marcos conceituais principais: a *atenção integral* (entendendo a saúde-doença mental como processo, dependente da qualidade de vida de cada cidadão brasileiro, daí a necessidade de uma rede de atenção integral à saúde que possa dar conta das distintas demandas por tratamento) e a *cidadania* (considerada na sua historicidade, devendo ser permanentemente buscada junto com todos setores sociais no espaço público) (MS, 1994:19)

Retrato maior do crescimento da luta dos usuários de saúde mental, a Carta de Direitos dos Usuários de Serviços de Saúde Mental, gerida no ano de 1993, na cidade de Santos, no III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, sistematiza o tipo de cidadania a ser reivindicado na luta política dos mesmos. Surge, então, no quadro social nacional uma parcela da população que reivindica sair do lugar da exclusão para o lugar da inclusão, da existência social e política. Reivindicam-se direitos e sua oficialização.

“Uma coisa é um direito, outra, a promessa de um direito futuro. Uma coisa é um direito atual, outra, um direito potencial. Uma coisa é ter um direito que é, enquanto reconhecido e protegido, outra é ter um direito que deve ser, mas que, para ser, ou para que passe do dever ser ao ser, precisa transformar-se, de objeto de discussão de uma assembleia de especialistas, em objeto de decisão de um órgão legislativo dotado de poder de coerção”. (Bobbio, 1992:83)

Dando seqüência aos acontecimentos, ainda destacamos a criação do Projeto de Lei no. 4.688-A, de 1994, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, buscando beneficiar pessoas em “desvantagem social”. Ele “*Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica*”<sup>25</sup>. No final de 1999, teve sua aprovação no Senado Federal, retornando para a Câmara dos Deputados para votação final. No seu artigo 1º, é descrito seu objetivo principal, qual seja: “*As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos*”.

Em relação ao estado do Rio de Janeiro, lembramos da existência do Projeto de Lei no. 573/91, que “*Autoriza o Poder Executivo a Criar o Conselho de Reforma Psiquiátrica*”; e

<sup>25</sup> O projeto de Cooperativas Sociais volta-se para os deficientes físicos e sensoriais, os *deficientes psíquicos e mentais*, os dependentes químicos, os egressos de prisões, os idosos sem família e sem ter como se manter, os condenados a penas alternativas de prisão e os adolescentes com situação familiar difícil.

o Projeto de Lei no.574/91, que “*Dispõe sobre os Direitos Fundamentais das Pessoas Consideradas Doentes Mentais e dá Outras Providências*”<sup>26</sup>.

Gostaríamos de mencionar igualmente, como exemplo da tentativa do refazer técnico-assistencial, um evento – o I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro - Paradigmas da Atenção Psicossocial - que, no ano de 1996, reúne um número significativo de pessoas protagonistas da reforma atual. Neste evento é possível visualizar com maior clareza a diversidade de reflexões teóricas e práticas que estão sendo construídas na década de 90.

Diante de todo este quadro, percebemos que muitas idéias são discutidas, muitas propostas se fazem presentes, muitos atores fazem da sua voz armas potentes e é em decorrência de tudo isso que hoje a área da saúde mental brasileira está experimentando um novo processo, respirando um novo ar, construindo uma nova história.

### **3.2 - O Paradigma da Atenção Psicossocial : abrindo o campo da saúde mental.**

Nesta parte do trabalho, buscamos delimitar o campo atual da saúde mental, as estruturas criadas e os instrumentos postos em ação pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, e em especial na cidade do Rio de Janeiro, a partir da década de 90. Campo este consonante ao que Basaglia chamava de “utopia da realidade”, isto é, a capacidade de transformar uma situação (“assistência” manicomial) que se pretendia pronta e acabada. (Barros, 1994a:145)

Percebemos, então, que a Reforma Psiquiátrica, ao encampar o *paradigma da atenção psicossocial* como base de sua constituição, contribui para a emergência de uma nova realidade assistencial na cidade do Rio de Janeiro. Identificamos a emergência desta nova realidade com o que os italianos definem como “instituições inventadas”, isto é, espaços em permanente refazer, que se pretende crítico e dinâmico em todas as esferas do corpo social.

“A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da ‘instituição inventada’ devem evitar as estritas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro”. (Rotelli, 1990:93-94)

Saraceno (1999:161) comenta que o *paradigma da atenção psicossocial* surge em oposição ao paradigma da psiquiatria. Este último é definido pelo: “conjunto de estratégias de

<sup>26</sup> Os dois projetos são de autoria dos Deputados Estaduais Carlos Minc, Rose Souza e Lúcia Souto. Ressaltamos que o primeiro projeto já foi sancionado pelo governador no ano de 1999 e o segundo projeto de lei encontra-se ainda em tramitação.



entretenimento, isto é, de manutenção do paciente e do cuidador “dentro” de uma auto-reprodução da doença e da cura”. A partir da negação deste tipo de auto-reprodução é que a atenção psicossocial se constituirá.

Na visão de Venâncio, Leal e Delgado (1997), a noção de *atenção* é mais do que a própria categoria de “clínica”. É uma outra forma de cuidar, que não pressupõe a universalidade e essência única das subjetividades humanas. Ela volta-se antes para o “sujeito particular” na sua complexidade, sendo o tratamento do sintoma psicopatológico uma das abordagens sobre o mesmo. Já a noção de *psicossocial* contempla o sujeito integrado em duas dimensões: a dimensão psíquica (“*comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade*”); e a dimensão social (“*que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a idéia inespecífica de “sociedade”, passando a contemplar espaços importantes como o do lazer*”). (Venâncio et alii, 1997:VII-VIII)

O paradigma da atenção psicossocial será, então, motor principal da reforma brasileira atual, reestruturando e redimensionando todo o campo saúde mental. Quando falamos de redimensionamento do campo queremos assinalar que concordamos com a idéia, trabalhada por Amarante (1999), de que a Reforma Psiquiátrica se estrutura no entrecruzamento dos seguintes campos: teórico-conceitual (revisão e criação de conceitos, conhecendo suas bases epistemológicas para o acesso ao conhecimento), técnico-assistencial (construção de novos serviços, suas redes e relações com a comunidade e seus efeitos na clínica), sócio-cultural (mudança do imaginário popular sobre a loucura, desfazendo preconceitos e medos, contribuindo para práticas solidárias) e jurídico-político (revisão das legislações sanitárias, civil, penal e os termos utilizados; criar modos de exercício da cidadania pela inserção no social). Campos a serem transformados, postos em questão. A seguir procuramos entendê-los melhor.

### **3.2.1 – Renovando teorias e conceitos.**

No campo teórico-conceitual já mostramos um pouco da contribuição advinda da reforma italiana, de valor humanista existencial, sociológico e político. Devemos ressaltar também que no Brasil a teoria psicanalítica tem grande representatividade entre os técnicos reformadores.

Apontamos, assim, para a existência de um campo atual extremamente complexo, contando com diferentes abordagens teóricas, distintas da psiquiatria tradicional, que privilegia sua intervenção sobre a doença mental, no espaço hospitalar.

A crítica epistemológica a noção de doença mental, considerada como uma noção que reduz o indivíduo à doença e a um diagnóstico específico, balizará novas práticas que consideram este mesmo indivíduo na sua complexidade existencial, portador de necessidades diferenciadas.

Desta forma, os novos serviços e ações em saúde mental, que têm o desafio de se repensarem e se renovarem, independentemente da base teórica que os sustentam, encontrar-se-ão frente às novas terminologias e produções reflexivas sobre o campo. Uma das tentativas dos novos serviços e de suas ações será o de evitar o uso de categorias ou nomenclaturas reducionistas, como aquelas de caráter científico.

“As ciências, ao pretenderem conhecer a totalidade de seus objetos de conhecimento, acabam por operar um movimento oposto: produzem conceitos e mais conceitos, e não há nada mais redutor do que o conceito. O conceito é sempre redutor da complexidade do fenômeno e, em certos casos, o fenômeno chega a ser reduzido ao conceito do fenômeno. Por esse mesmo motivo o conceito deve ser amplo, genérico e indicativo, ao invés de específico, absolutista e afirmativo”. (Rotelli e Amarante, 1992:52)

Com a finalidade de “não-reducionismo” dos clientes de serviços de saúde mental a denominações de conotação negativista e estigmatizadora na sociedade, são produzidos questionamentos de noções tradicionais e, conseqüentemente, propostas novas nomenclaturas. Temos como exemplo: a noção de usuário no lugar de paciente; a ênfase na noção de saúde mental em detrimento de doença mental, considerando o contexto histórico em que surgem ambas as noções; a crítica às noções de periculosidade e desrazão como essência da loucura; a idéia de tratamento como processo predominando sobre aquela que busca unicamente a cura etc.

O fato de se pensar em novos conceitos e categorias para o campo coloca no centro da discussão entre os profissionais a necessidade de uma nova ética na assistência. Em especial, para os trabalhadores em saúde mental, as mudanças estão se dando em grande velocidade, tornando-se uma tarefa difícil, mas, ao mesmo tempo, desafiante. Neste contexto,

“a pragmática da desconstrução manicomial é o reinado do paradoxo: doente mental e loucura, afirmação do poder médico e diluição das identidades profissionais, cuidados terapêuticos e liberação das potências estéticas. No seio desse limiar se produz um saber e um método que experimentam a convivência com o acaso e que ao mesmo tempo requerem rigor e processualidade.” (Lancetti, 1991:146)

O fato de optar-se pelo termo saúde mental, e não psiquiatria, para definir o campo de ação, já nos mostra a preocupação de não resumir a assistência ao contato com a “doença mental” e de instituir a complexidade como peça principal nesta área da saúde. A noção de

interdisciplinaridade, será, então, uma categoria que se impõe no processo de mudanças, em detrimento da noção de multidisciplinaridade, em que cada profissional atua isoladamente.

Os profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares) se denominam técnicos em saúde mental. Formaliza-se a função dos acompanhantes terapêuticos (atuando, principalmente, com os pacientes fora do espaço institucional) e valoriza-se a atuação dos funcionários de serviços gerais que trabalham nos espaços de assistência. Juntam-se a esses, profissionais das mais diferentes áreas como professores de educação física, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos etc. O espaço terapêutico nos serviços passa a ser produzido por distintas atividades que favorecem afetos, escolhas, permite a construção concreta e coletiva de uma qualidade de vida possível, através da participação e do envolvimento de todos.

### **3.2.2 - Transformando a assistência psiquiátrica e seus instrumentos.**

Mesmo diante de grandes dificuldades de recursos financeiros<sup>27</sup>, a cidade do Rio de Janeiro já possui novas modalidades de cuidado<sup>28</sup>.

É útil evocarmos o processo desencadeador das mudanças ocorridas na assistência do Rio de Janeiro. Um marco extremamente determinante foi a realização do I Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos do Rio de Janeiro, que tinha como objetivo colher informações sobre a realidade da assistência hospitalar financiada pelo setor público. Com os resultados deste censo – que comprovaram a precariedade na assistência hospitalar – foi possível redirecionar a verba pública para a criação de uma nova modalidade de assistência. (Fagundes e Libério, 1997)

Foram e estão sendo criados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) regionalizados, sob o financiamento do município. Eles surgem para uma clientela específica, a qual o hospital e o ambulatório não conseguem dar conta da sua problemática.

Estendendo um pouco as informações referentes a construção de novos serviços de atenção no município do Rio de Janeiro, por reconhecer que tais construções são exemplos importantes de como podem se estruturar as mudanças no campo técnico-assistencial, é que citamos algumas estratégias que visam dar visibilidade social aos CAPS. Bimensalmente os

---

<sup>27</sup> A implantação dos novos serviços ainda conta com dificuldades relacionadas a aquisição de verba, pois a maior parte dos recursos financeiros públicos ainda estão direcionados aos leitos hospitalares.

<sup>28</sup> O município do Rio, conta ainda com os serviços de atenção diária desenvolvidos no interior dos hospitais federais na cidade, que atualmente estão em vias de municipalização - o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, ex-Colônia Juliano Moreira, atualmente municipalizado; o Centro Psiquiátrico Pedro II e o Instituto Philippe Pinel), soma-se ainda os serviços internos aos hospitais universitários.

serviços entregam à Secretaria de Saúde dados objetivos como o número de pessoas atendidas, triadas, as altas, os abandonos, perfil da clientela. Somam-se a estas informações, alguns indicadores para avaliação da qualidade do serviço: o primeiro indicador analisado é a partir do percentual de internações (ideal mensal de internação é 0% e o limite de 5%), o segundo é o percentual de abandono do tratamento (mínimo de 2% e máximo suportável de 5%), o terceiro é o índice de adesão das famílias ao tratamento (ideal de 70% e mínimo de 50%) e o quarto é um dado quantitativo referente ao número de pacientes que retornaram à escola, trabalho, ações comunitárias, é o índice de reabilitação<sup>29</sup>.

Estas informações são importantes porque, além de criar dados objetivos que falam da proposta e dinâmica nos novos serviços, nos dá uma dimensão de como a atenção ao usuário envolve várias abordagens, não apenas técnica, mas de participação de todos no projeto assistencial e o compromisso de uma intervenção que coloca como centro a inserção social e cidadania dos usuários.

Busca-se a instauração do princípio da “tomada de responsabilidade” dos serviços “sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção” (Dell’Acqua e Mezina, 1991:62). Ou ainda, como afirma Alves, concretiza-se no município “novas formas de gestão” com novos arranjos nas esferas políticas, da clínica, da cultura, obtendo conquistas em terrenos estratégicos e determinando o plano de substituição progressiva dos dispositivos manicomiais, que ocorre em um “processo de mudança e não de desmantelamento”<sup>30</sup>. (Alves, 1999:23)

Os CAPS<sup>31</sup> tornam-se estratégicos, no planejamento da rede de saúde mental, de base territorial<sup>32</sup>, com o fim de destituir a hegemonia do hospital psiquiátrico. Eles surgem ocupando o lugar do “circuito *emergência-internação-ambulatório-internação*”. (Delgado, 1999a:116, grifos do autor). Nesta modalidade assistencial, a estratégia de ação será definida como: “*sistema maleável de referências teóricas e práticas, provenientes dos saberes e fazeres científicos e não científicos, que não implicam em qualquer pretensão de*

<sup>29</sup> Informações obtidas através de entrevista com a sub-gerente dos Programas de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro, Madalena Libério, em março de 99.

<sup>30</sup> Para a criação de uma rede efetiva em saúde mental é preciso que, junto aos CAPS, haja outros espaços de atenção, de acordo com o grau do sintoma, como a atenção integral em unidades de saúde por médicos generalistas, especialistas em unidades básicas de referência, ambulatórios, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, serviços de urgência, enfermarias, instituições que cubram problemas de deficiências, problemas organocerebrais. (Pitta e Dallari, 1992:20)

<sup>31</sup> Para um aprofundamento sobre a realidade atual das políticas públicas de saúde mental e a implementação de novos centros de atenção no município do Rio de Janeiro é importante a consulta à tese de doutorado de Gomes (1999).

<sup>32</sup> Termo da reforma italiana: “extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e sócio-econômicos”. (Delgado, 1999a:117)

*conhecimento de verdade, mas em linhas de contato: experiência com a realidade vivida*". (Giovannella e Amarante, 1994:137)

Os novos serviços, chamados, nesta conjuntura, de serviços psiquiátricos alternativos<sup>33</sup> (IFB, 1997), se deparam com a necessidade de ampliar o olhar para além da doença. De acordo com princípios éticos torna-se urgente a criação de espaços efetivos de acolhimento permanente, com projetos terapêuticos que considerem o sujeito e sua história de vida. (Goldberg, 1996)

No emaranhado das questões atuais na saúde mental, há alguns riscos para os profissionais. No caminho da transformação, pode-se cair na armadilha de, ao invés de promover rupturas, apenas estar modernizando a assistência, isto é, criando outros modelos tão fechados e restritos quanto o anterior, inviabilizando o refazer permanente das novas práticas, que trazem no seu cerne a estimulante arte da problematização do contexto. Aqui é realizada com *significado político* a construção de uma relação que ofereça, além da medicação e da psicoterapia, um "sentido de vida" aos envolvidos no processo. (Basaglia, 1979:64)

"A criação de outros serviços não quer dizer *a priori* a transformação das lógicas de compreender e agir da psiquiatria (...) Basaglia dizia que abrir as portas da instituição não é apenas abri-las mas, ao abri-las, abrir nossas cabeças para a realidade complexa e concreta de seus usuários (...)E na análise do risco dessa modernização podemos pensar no que se refere às famosas equipes multiprofissionais e ao papel profissional. A equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença tendo a cura como ideal, o modelo médico presente não apenas na ação do médico mas como o modelo hegemônico de intervenção em saúde, a hierarquia e rigidez dos papéis codificados, a cisão entre técnico e político e a mística da ação profissional como "técnica pura" e não como prática social. (...) A ruptura com o modelo médico e a clareza de que a divisão técnico-política é uma estratégia histórica e eficaz de poder redimensiona nossos questionamento (...)". (Nicácio, 1989: 106-107, grifos da autora)

Discute-se, então, se no interior dos novos serviços todos estão salvos da prática e pensamento manicomial. Tal idéia é problematizada a partir da categoria de "manicômio mental".

---

<sup>33</sup> Há grupos que já os compreendem como serviços substitutivos (cf. Oliveira et alii, 1999), como uma forma de romper com a idéia do manicômio como "referencial de origem" à atenção psiquiátrica. Em relação a este ponto preferimos manter, por enquanto, a idéia de alternativo, pois, apesar das políticas municipais atuais favorecerem a expansão da nova assistência, ainda não há garantia da sua continuidade em projetos políticos futuros, visto que há necessidade de uma rede maior de participação e discussão na sociedade e com a bancada política municipal e estadual que garanta em leis, a sua manutenção. Na reforma há grupos que se perguntam quanto à existência ou não de uma real mudança na assistência, pois se esta não acabar com os manicômios tradicionais, o que pode acabar ocorrendo é a criação de uma nova clientela para os serviços abertos, que simplesmente não toca na clientela dos hospitais existentes.

O “manicômio mental” possui um tipo de intervenção que não permite o aparecimento da loucura, no que ela tem de particular, de não verdade racional, de direito a se impor no mundo da racionalidade. Afirma-se, então, que a loucura não deve ser negada para que sejam forjados indivíduos normais, mas reconhecida na sua visibilidade e cuidada no seu sofrimento na sociedade contemporânea. Para a discussão do que se pretende numa assistência preocupada com cidadania e inserção na sociedade esta noção é indispensável para o dia-a-dia profissional e dos novos grupos que são formados na saúde mental.

“(…) não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse em si distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio mental, em que confinamos a desrazão (...) libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios”. (Pelbart, 1991:134-135)

Isto resulta no aumento da responsabilidade do técnico para com seu espaço de intervenção e sua disponibilidade para encarregar-se dos novos compromissos que passam a ser exigidos pelos próprios usuários, que requisitam necessidades muito próprias, ao verem a possibilidade de se expressar.

“O técnico deveria ir além do momento do próprio trabalho, pois as respostas de que necessitavam os pacientes não eram mais técnicas, e sim relativas às necessidades de moradia, trabalho e amizade, que são comuns a todos os cidadãos.” (Barros, 1994a:62)

Ao invés do abandono asilar de neuróticos e psicóticos graves (clientela que tem sido recepcionada nos *equipamentos técnicos renovados*), pretende-se o desenvolvimento de cuidados que sejam visíveis à comunidade. Necessita-se saber sobre a vida destas pessoas, como chegar a elas e o que fazer nos serviços, além de estar se perguntando sobre a questão da alta, da cura etc.

Grande parte da preocupação nos serviços está em viabilizar meios propiciadores de maior qualidade de vida aos usuários. E o que se coloca urgente é o lugar da “clínica” na nova proposta. Ou ainda, como defendem alguns reformistas italianos, será que é possível se prescindir da “clínica” no novo modelo de atendimento?

No Brasil, a noção de clínica na Reforma Psiquiátrica tem sido alvo de muitas discussões. Alguns autores têm colocado essa questão na ordem do dia como Leal (1994, 1997 e 1999) e Bezerra (1992 e 1999). O que se experimenta na relação do técnico com o “paciente” é a valorização dos atos do dia-a-dia das pessoas, através da “*banalidade do viver*” que é o caminhar, falar, trabalhar: “*para cada uma dessas banalidades existe um lugar e um*

*tempo, existem regras, não normas*” (Saraceno, 1999:117), ou como sinaliza Delgado, são práticas onde esta mesma banalidade passa a ser a referência de uma “clínica” que se pretende nova, voltada para certa “laicização do cuidado”.

“a pessoa tem que viver com aquela situação que afeta a sua subjetividade de uma forma devastadora de tal maneira a ter uma qualidade de vida mínima, que vai se manifestar através de coisas usualmente pequenas, mas que somadas constituem aquilo que faz a nossa vida valer a pena ou não valer a pena. É uma soma de pequenas coisas que devem ser sustentadas duramente a cada dia (...) esta é uma clínica que eu diria que se aproxima cada vez mais também de uma certa banalidade de um certo cuidado (...) se muda uma ética (...) se muda uma forma de se deixar impactar pela loucura. Essa loucura pesada, essa loucura sofrida, loucura congelada dentro dos diagnósticos e dentro dos estabelecimentos que não podem conviver com a sintomatologia. Ela deixa de ser esse tipo de experiência trágica para ser um outro (...) Este espaço de banalidade do cotidiano é o espaço onde se realizam os direitos das pessoas de viverem bem. Sejam elas loucas ou não (...) tendência de uma laicização do cuidado que nós devemos tomar como positivo, uma laicização controlada. A laicização não significa não saber o que está fazendo, significa fazer (...)”. (Delgado)<sup>34</sup>

Na passagem da clínica tradicional, reconhecida pela sua objetividade, pelo seu aspecto reducionista, para uma “nova clínica”, ou melhor, para uma “atenção ampliada”, o profissional deve colocar de lado sua “carta de intenções”. Na avaliação de Leal (1999), esta *carta* significa uma prática de cuidado com conhecimento pronto, que se quer único e verdadeiro, cujos diagnósticos e prescrições feitas limitam a intervenção. Leal afirma que este modelo de *carta* do profissional não basta, necessita-se sim de indagações constantes sobre o que se constrói em falas, em atos numa “clínica” marcada pela provisoriidade e que atualmente é de riscos, ditada pela ética, pelo respeito aos direitos de pessoas reconhecidas nas suas diferenças. (Leal, 1999:51-53)

Mas, de que “clínica” podemos falar hoje dentro da saúde mental? No âmbito da psiquiatria atual, Bezerra (1999) destaca três grupos distintos e Russo (1997) retrata os sujeitos específicos produzidos por estas “*linhas de tensão que atravessam a psiquiatria moderna*”: a *psiquiatria biológica* (que reage contra as mudanças na assistência que esbarram na supremacia do saber médico organicista), produtora do “*sujeito biológico*”; a *psiquiatria crítica* sob a influência da desinstitucionalização italiana (ou psiquiatria “militante”) e do sanitarismo brasileiro, lutando pelo “*sujeito cidadão*”; e a *psiquiatria influenciada pela psicanálise*, identificando o *sujeito da singularidade*. Os dois últimos, mesmo com instrumentos de ação distintos, convivem e tentam construir caminhos voltados para uma nova “ética do cuidar”.

---

<sup>34</sup> Fala transcrita da palestra proferida pelo professor e psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, sobre o tema Clínica e Cidadania, no Seminário sobre História da Psiquiatria: A loucura da (na) história, organizado pelo LAPS/NUPES/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, de 24 a 26/11/98.

Mesmo diante de abordagens diferenciadas, Russo salienta que estas noções de sujeito encontram-se imbricadas no contexto atual, consolidando alianças ou desencadeando rompimentos estratégicos. Assim, o que definirá a qualidade da intervenção neste contexto será a capacidade de se fazer uso de diferentes ferramentas - medicação, psicoterapia, luta por direitos e igualdade na sociedade, etc. - de acordo com a necessidade real de cada pessoa que sofre.

Além da medicação, que se faz importante no processo do tratamento, o tipo de acolhimento do paciente é vital para o seu cuidado. Assim, na situação de “crise”, hoje considerada uma vivência complexa, o paciente passa a ter sua palavra valorizada, dando “sentido à cena” (Corbisier, 1992), e conta com recursos igualmente complexos para dar conta desta crise no território<sup>35</sup>, através das relações com os técnicos e a comunidade (Dell’Acqua e Mezzina, 1991). Considerando que a “crise”, entendida como algo subjetivo, tem mais coisas a dizer do que quando passível de uma definição diagnóstica (Basaglia, 1979:19), é que será possível ampliar as ações sobre o sujeito, inclusive convocando-o a se responsabilizar, o quanto possível, pelo seu tratamento.

Evitando entrar na discussão do lugar do orgânico na produção da loucura, uma linha com desenvolvimento crescente na psiquiatria, vamos fazer uma breve apresentação do que vem sendo chamado, nos últimos tempos, na prática assistencial reformista de “tensão entre a clínica e a política”: a primeira com ênfase na “clínica da psicose” e a segunda priorizando a questão política de inserção do louco na sociedade. São diferentes tendências que estão viabilizando uma discussão instigante em torno das novas formas de lidar e cuidar da loucura. Bezerra se refere a essas tendências fazendo a seguinte reflexão:

“De um lado encontramos aqueles para os quais a ênfase deve ser posta na *transformação radical das relações sociais* nas quais a loucura se encontra encarcerada. Trata-se então de realizar uma *crítica política* às instituições e às representações correntes e uma *crítica epistemológica* às teorias hegemônicas acerca da loucura, com objetivo de produzir modificações radicais na relação da sociedade com os loucos (...) fala-se mais de loucura que de psicose, mais de experiências de sofrimento que de quadros clínicos (...) Traz embutida uma crítica à clínica, acusada não raro de reducionismo (...). De outro lado estão aquelas experiências que fazem da *clínica da psicose seu centro de interesse*. (...) Enfatiza-se a necessidade de um instrumental teórico-conceitual que permita o *labor terapêutico com o sujeito singular*, o que justifica o interesse privilegiado pela metapsicologia, pelos temas clínicos (...) Não se negligencia a importância das dimensões social e política envolvidas na questão mas acentua-se a necessidade de reconhecer que a psicopatologia não pode ser referida de maneira simples a uma determinação qualquer, seja ela biológica ou social, pois é expressão de forma peculiar, própria a cada sujeito, de enfrentamento de um conflito vivido intrapsiquicamente. Nesse caso critica-se a diluição do

---

<sup>35</sup> Giovanella e Amarante (1994:144), segundo o modelo italiano de assistência, definirão território como “uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam (...)”.



específico da psicose no caldeirão dos que sofrem na relação com o corpo social”. (Bezerra, 1992:35, grifos nossos)

Para Leal<sup>36</sup> (1997:196), esta é uma importante questão trazida pela Reforma Brasileira e, por isso, esta tensão é “*algo que merece ser enfrentado, enquanto estruturante do próprio campo*”, considerando-se as produções históricas de certos modelos de atendimento e sua relação em cada espaço social.

Considerando que, no Brasil, há ainda um predomínio de práticas na assistência que valorizam a questão da clínica no interior do trabalho de atenção psicossocial, identificamos, como exemplo na literatura recente da saúde mental, duas propostas de clínica: a “clínica ampliada” e a “clínica antimanicomial”. Elas não se anulam, podem caminhar juntas, mas explicitamente priorizam um ou outro aspecto que podem desenvolver práticas cotidianas distintas.

O que ambas têm em comum é a negativa à clínica clássica, que se pretende natural e a-histórica, aprisionando a pessoa em um diagnóstico, prometendo a cura e fazendo qualquer coisa por ela, através de uma atitude tutelar que aprisiona, afasta o sujeito dos considerados “normais”. Contudo, se o louco ou o psicótico não é mais visto como a *doença em si*, nem como *objeto*, será necessário promover ações que possam dar conta do homem não-universal, imprevisível e também garantir o fim da instituição manicomial como resposta a uma ordem social excludente.

A noção de “Clínica Ampliada” vem sendo bastante utilizada por profissionais da Reforma para justificar as novas práticas terapêuticas implantadas nos serviços - práticas de escuta à singularidade, que se movimentam para fora da instituição, que convocam a família, os usuários e parceiros da comunidade a discutir sobre os problemas da doença, seus impasses, necessidades.

A referência é feita inicialmente ao estudo de Goldberg (1996) que desenvolve um estudo sobre um trabalho assistencial, realizado na rede pública da cidade de São Paulo, quando foi concebido o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, no ano de 1986. O seu livro tem o título de *Clínica da Psicose*, deixando claro que a prática se faz em torno do “sujeito da singularidade”, como comentado acima. Neste caso, o mais importante é criar formas que

---

<sup>36</sup> Na sua dissertação de mestrado, Leal (1994) inicia a discussão que envolve as categorias de cidadania e clínica psiquiátrica na reforma brasileira. Através do histórico destas e das relações que estabelecem entre si, a autora privilegiará a clínica, a partir de outros moldes de intervenção, que não o tradicional, para consolidar a construção de um outro lugar para a loucura na sociedade. Seu estudo foi sobre a experiência pioneira na cidade de Santos, na década de 80, também abertamente influenciada pela proposta assistencial, política e social da Itália.

permitam o desenvolvimento de alguma autonomia do paciente em sua interação com o social. Aqui se fala da “*grande clínica*”: “*atenta a cada um dos sinais que compõem a figura do paciente no instante de sua emergência na situação terapêutica*”. (Goldberg, 1996:100)

A outra noção encontrada na bibliografia da saúde mental foi a de “*Clínica Antimanicomial*”. Esta proposta de “*clínica*” é trabalhada por Lobosque no livro *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. A autora deixa claro a postura militante na sua atuação profissional do dia-a-dia. Comentando sobre o Movimento da Luta Antimanicomial ela dirá que este

“*não apenas não se reduz à clínica, como também é, sob muito de seus aspectos, independente dela. Trata-se de um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes - técnicos ou usuários, loucos ou não - buscam fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura. Esta proposta exige, por princípio, que tais questões possam ser abordadas numa linguagem que não pertença a qualquer teoria ou técnica “psi” - posto que a pertinência exclusiva dos assuntos da loucura ao mundo “psi” constitui justamente um dos modos principais de sua exclusão da cultura*”. (Lobosque, 1997:21)

Logo, se o movimento não se reduz à “*clínica*” que fala de estados naturais e que busca explicações redutoras sobre o sujeito, ele se filiará à “*clínica*” em que os princípios desta luta estejam claramente firmados, viabilizando uma prática que vai além das questões diagnósticas e das estruturas psíquicas. Isto dá sentido à esta proposta “*clínica*” que, na intervenção terapêutica ou em qualquer outro tipo de relação com o sujeito, busca construir meios de transformação da sociedade para a legítima inclusão participativa da clientela de saúde mental.

Neste caso, a prática “*clínica*” prioriza a luta contra a exclusão sob três princípios, segundo Lobosque (1997:22-24):

- 1) o da “*singularidade*”: este “*é um atributo, por exemplo, de um coletivo (...) que não se deixa dissolver por um ideário individualista, nem se faz amarrar por perspectivas de unidade ou totalização. (...) não se trata de obter o grande coletivo, e sim de produzir um coletivo de grande expressividade, constituído pela articulação de diversas singularidades entre si*”;
- 2) o do “*limite*”: “*Questionar a exclusão não é o mesmo que incluir, pura e simplesmente (...) é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites. Uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanecendo intocada em sua estruturação*”;
- 3) o da “*articulação*”: defende a “*interlocação interdisciplinar*” da clínica; “*(...) trabalho de*

reflexão e crítica quanto à estruturação econômica, política e ideológica da sociedade em que vivemos (...) cabe-lhe estabelecer parcerias com outros segmentos que também sustentam uma posição de combate aos diversos dispositivos de exclusão”.

De todas as questões aqui expostas, percebemos que a assistência hoje percorre caminhos diversificados, que vão se construindo no cotidiano, de acordo com o que se impõe como prioritário. Podemos destacar que existe uma *“escolha ética crucial: ou objetiva-se, reifica-se, “cientificiza-se” a subjetividade, ou, ao contrário, tenta-se apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual”*. (Guattari, 1991:10).

As dúvidas quanto à função e exigência técnica do profissional hoje são moedas correntes, mas estes possuem um trunfo, que é poder contar com a participação ativa dos usuários, apontando junto a estes profissionais, possíveis lugares onde a luta pela cidadania deverá ocorrer, de preferência não uma luta solitária, mas coletiva, mesmo que com diferenças e discordâncias.

### **3.2.3 - A sociedade e a cultura da exclusão em xeque.**

Em relação ao campo sócio-cultural, os técnicos em saúde mental preparam-se para a “intervenção cultural”. Esta pretende:

“interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco ou à doença e ao doente. O saber psiquiátrico sem dúvida, construiu e legitimou, em grande parte, as representações sociais sobre a questão, vinculando-as às noções de irresponsabilidade, periculosidade, irracionalidade, e assim por diante. A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigmas e preconceitos”. (Amarante, 1997:20-21)

Um dos exemplos da repercussão desta ação que pretende reverter a lógica do preconceito na saúde mental pode ser mencionado a partir da reportagem do Jornal do Brasil, denominada: “O Estigma da Loucura – Desfile da Porto da Pedra leva para a rua a discussão sobre a integração social do doente mental e ajuda a demolir o preconceito”, de 16/02/97, sobre a participação de usuários, de dois hospitais psiquiátricos públicos, no desfile de uma grande escola de samba, no carnaval carioca do ano de 1997.

Também no dia dezoito de maio de 1999 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial - realizou-se uma mesa de debates no Museu da República, no Rio de Janeiro, sob o título: “Reforma Psiquiátrica e Intervenção Cultural”. Vale lembrar aqui algumas questões desenvolvidas nas falas dos participantes. Uma primeira questão foi trazida pelo jornalista Cláudio Cordovil, apontando a necessidade do movimento antimanicomial possuir um projeto

de “cultura da memória psiquiátrica”, que se apresenta como uma forma ágil de convocar os meios de comunicação e sensibilizar a sociedade para a causa deste movimento, possibilitando o encaminhamento de ações políticas mais imediatas.

A segunda questão foi o relato de um profissional da área da comunicação, que é um dos implementadores da TV Pinel, no Instituto Philippe Pinel. Ele narra momentos do dia-a-dia, no trabalho da TV Pinel, em que aprende a negar as ações lineares; na troca com os usuários, descobre que não existe linha divisória entre a loucura e o “normal”. Com isso, viabiliza a “quebra” de preconceitos e fantasias em torno do tema. A fala de um usuário da TV Pinel também é muito significativa, pois, ao lidar com as naturalizações da sociedade, percebe que primeiro tem que ressignificar as suas próprias construções sobre si mesmo. Dessa maneira, passa a ser exemplo para que outros possam viver essa experiência de vida. Acredita que é possível conviver com sua singularidade no meio de outras pessoas, cada qual com suas diferenças e ao mesmo tempo tão parecidos, tão misturados, tão iguais:

“o vídeo é um produto final de todo um processo que se desenrola. Quando a gente se olha no vídeo não tem ninguém ali rindo de bobeira, ninguém esqueceu do sofrimento psíquico que teve, mas quando a gente tá ali rindo é porque há um clima gostoso e a gente tá se sentindo bem, a gente está se sentindo bem com aquilo que está vendo. E quando a gente vê a nossa imagem na tela, some um milhão de problemas, você não se vê tão excluído, você não se vê feio, você não se vê inferior ao outro, você apenas se vê e com o tempo isso vai fazendo com que você se veja melhor ainda. Então você começa a trabalhar para que possa aparecer no vídeo melhor ainda, e o mais bacana disso tudo é que a gente tá sempre tentando trazer as outras pessoas, e as outras pessoas elas vêm que a gente tá legal, que a gente tá bem e começam a se espelhar nisso também (...) a relação entre técnicos e usuários, a equipe fala que confunde um pouco, a gente não sabe quem é técnico e quem é usuário, é uma loucura total”. (usuário, 1999)<sup>37</sup>

Cultura, então, entendida como memória do paciente/usuário para sua história, ou ainda como forma de exercício político, como atravessamento de fatos objetivos e subjetivos versus a linearidade de situações e soluções da vida; como desmistificação, reaprendizado nas relações, na crença sobre seu potencial; como capacidade de sentir-se sem a marca do estigma que anula e “enfeia” o sujeito, o envergonha, o isola.

Acreditamos na produção da cultura existente não apenas nos novos dispositivos assistenciais, mas também nos grupos políticos e participativos, como as associações de usuários e familiares já existentes em bom número<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Fala transcrita de um usuário de saúde mental que deu seu depoimento no debate “Reforma Psiquiátrica e Intervenção Cultural”, no ano de 1999.

<sup>38</sup> Até o ano de 1997 os registros dão conta de nove (09) associações deste tipo no Estado do Rio de Janeiro, sendo três do município do Rio de Janeiro, a maioria comprometida com a luta da reforma psiquiátrica. É possível conferir no Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro (IFB, 1997) e na recém defendida dissertação de mestrado de Waldyr S. Souza (1999b), sob o título: “Associações de usuários e

Há também a presença de outros grupos e entidades na cidade do Rio de Janeiro, cuja participação de usuários é significativa, como:

- O Instituto Franco Basaglia: uma instituição civil sem fins lucrativos e “reconhecida como de utilidade pública municipal”. Funciona desde 1989, na cidade do Rio de Janeiro. Seu principal objetivo é “desenvolver ações estratégicas de incentivo à formulação de políticas públicas que possam resgatar os direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental” (cf. material de divulgação: “IFB-10anos”). Um dos projetos desenvolvidos é o de Direitos Humanos, onde técnicos e usuários oferecem apoio jurídico a pacientes com direitos violados<sup>39</sup>. Também oferece suporte ao Grupo Condição Humana, formado por lideranças de usuários, que tem como finalidade divulgar fatos, notas em jornais sobre temas que envolvem a psiquiatria e os usuários;

- Cooperativas de trabalho: através destas, busca-se a inserção social de usuários pelo trabalho autônomo, com uma fonte de renda garantida e o convívio destes em novas redes de relações. (cf. Wanderley et alii, 1997 e Monnerat, 1999);

- Movimentos artísticos: promoção de inserção social pela música, artes plásticas, teatro. Como exemplo temos o conjunto musical Cancioneiros do IPUB. Este grupo de música iniciou em meados de 90, no Centro de Atenção Diária do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. No seu currículo já contam com apresentações externas em instituições de saúde mental e a produção de um CD player. Segundo os técnicos que participam deste espaço, “(...) não se trata de supervalorizar obras desprovidas de valor artístico, mas sim, de um reconhecimento real de talentos (...) resgatar a identidade de um ser adoecido como alguém que tem uma experiência real a transmitir, pois não é incapacitado em seu potencial criativo e faz música com valor igual a de qualquer compositor considerado “normal”. Sua obra artística pode comunicar sentimento e emoções comuns a todos nós”. (Azevedo; Lugão e Vidal, 1998:13-15);

- TV Comunitária: a mais conhecida é a TV Pinel, criada em 1996, com o objetivo de “disseminar uma nova imagem da loucura, mostrando a potencialidade, a

---

familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997). Este estudo inicia uma investigação sobre três associações de familiares: a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho – SOSINTRA, de 1979; a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil – AFDM, de 1991; e a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira – APACOJUM, de 1992. São “grupos de interesse” com objetivos claros no campo social, ou seja, novos atores políticos atuando e influenciando na agenda pública do Estado e do Município do Rio de Janeiro.

<sup>39</sup> Para maiores esclarecimentos consultar Melo et alii (1998).

*criatividade, o profissionalismo e a capacidade de usuários de serviços em saúde mental*” (Chaffin et alii, 1997);

- Clube para lazer “assistido”: por exemplo, o Clube de Esquina, fundado no ano de 1996, funcionando na UFRJ e com participação de usuários de vários serviços<sup>40</sup>.

Vários outros projetos existem e estão em andamento<sup>41</sup>. Vale lembrar que a maioria destes grupos são criados e de algum modo mantidos por serviços de saúde mental, *todos públicos*<sup>42</sup>.

Estes espaços, ao experimentarem novas práticas, contribuem para a promoção de um novo imaginário, novos valores, alterando sentidos e significados, antes cristalizados. Estão, na nossa visão, produzindo política na vida, fazendo cultura: “*a cultura se faz, não se consome nem se ganha de graça, muito menos se impõe*”. (Feijó, 1986:75). E ainda com este mesmo autor definimos cultura como

“toda produção ou manifestação voluntária, individual ou coletiva, que vise com sua comunicação à ampliação do conhecimento (racional e/ou sensível) através de uma elaboração artística, de um pensamento ou de uma pesquisa científica (...) são culturais as obras da inteligência ou da sensibilidade humana objetivando interferir na realidade (...)”. (Feijó, 1986:08)

Nossa preocupação, portanto, é a de registrar estes grupos como ilustração das profundas mudanças que estão se processando no interior da psiquiatria. O que colocamos em destaque é que

“às portas do século XXI, quando observamos o crescente processo de individualização e privatização das práticas sociais e psíquicas, pensar ‘o grupo’ nos aparece como uma possibilidade de colocar em questão a problemática da economia do desejo, dos processos de subjetivação, e, quem sabe, chamar a atenção para a urgência de se criarem laços de solidariedade e alianças de cidadania”. (Barros, 1994c:145)

---

<sup>40</sup> Conferir em Corrêa (1999). Em 08/08/97, este Clube foi contemplado com uma reportagem no Jornal do Brasil - “*Usuários de hospitais-dia criam clube para remediar solidão nos fins de semana*” – em que foi feito o registro e comentários sobre o passeio de usuários do clube a um museu.

<sup>41</sup> Um novo dispositivo também tem marcado presença, o de Lares Abridados, servindo como habitat a usuários, com características distintas dos grupos citados. Para maiores informações consultar Ferreira (1999) e Vasconcelos (1999a).

<sup>42</sup> Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica no Brasil continuará sendo possível à medida que houver possibilidade da rede pública estar, de algum modo, gerindo estas transformações. A manutenção de espaços públicos de assistência e uma política de financiamento com participação mais democrática, podem viabilizar práticas e projetos de inserção social aos usuários com vãos cada vez mais altos. Pelo menos, é isto que a história atual tem demonstrado.

São lugares novos, de experimentação, mas responsáveis por iniciativas que promovem verdadeiras transformações na vida de usuários, dos familiares, dos técnicos e da sociedade.

Neste momento, gostaríamos de examinar o valor dos grupos, nesta nova conjuntura da saúde mental e da sociedade brasileira, com a tarefa de intervir no social e produzir nova cultura para a loucura. Entendemos que a Reforma Psiquiátrica, para se consolidar, precisa de amplos espaços coletivos e ou grupais, não só de cunho terapêutico, mas com teor questionador, com o mínimo de engajamento político exigido àqueles que pretendem transformar a sociedade, ou simplesmente transformar sua própria vida, afirmando-se no plano social. Designamos, então, um espaço para falar do processo grupal como uma arma possante no embate da luta pela cidadania tanto dos usuários quanto dos novos grupos e dos movimentos que se aí se consolidam.

Trazemos esta discussão para o campo sócio-cultural justamente porque acreditamos que é através dos grupos que o social e a cultura podem se ressignificar. Compensa ilustrarmos este campo com o evento sócio-político-cultural realizado no Arpoador/RJ, em 21 de março de 1999, nomeado “Verão muito Louco”. Ele foi organizado pelas cooperativas populares e pelo movimento antimanicomial, quando foram divulgadas à população as mudanças em andamento no terreno da assistência da saúde mental. Foram observadas a exposição e venda de produtos feitos por usuários de diferentes serviços e um coral. Além disso, teve a apresentação de capoeira (na camisa dos capoeiristas se lia: “Capoeira, um jogo sem exclusão”), da peça teatral “Esquina do Samba”, do conjunto musical “Cancioneiros do IPUB”. Houve divulgação de uma Carta Aberta à População, por usuários militantes, assinalando a luta por seus direitos, por exemplo. Verificamos, neste espaço, um importante momento de integração tanto de usuários, familiares, técnicos como de pessoas leigas em torno das questões que envolvem as mudanças na psiquiatria.

Foi um momento de festa, de comemoração, de confraternização (contou com a participação de vários serviços, em sua maioria cariocas), de divulgação, de troca. Ali foi possível visualizarmos o coletivo maior de uma luta que não quer mais saber de manicômios e sua violência, acreditando na sua capacidade de mudar as regras do jogo de uma sociedade que, mesmo nos tempos atuais, ainda sustenta estes lugares. Disse um usuário sobre o evento: *“a loucura foi apresentada como alegria, saúde, festa”*.

Portanto, acreditamos nos coletivos e nos grupos como importantes “dispositivos” da Reforma Brasileira, produtores de novas subjetividades, com conteúdos suficientes para *ação*

*micro-política e macro-política*. O grupo surge como uma estratégia significativa no campo da Reforma.

“como uma estratégia privilegiada (...) dentro da sociedade contemporânea em que a aposta tem sido tanto pela via do neoliberalismo, da globalização, da individualização, da vivência individual, em que cada um deve competir pelo seu próprio lugar: eu acho que o dispositivo grupal é bastante importante, porque ele produz um confronto, produz um confronto com uma capacidade de diferenciação, ele produz diferença o tempo todo”. (Barros)<sup>43</sup>

Para que possa ser bem entendido de que dispositivo falamos, deixamos claro qual a noção que baliza a concepção de subjetividade com a qual se trabalha neste estudo.

“subjetividade na medida em que ela é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais (...) a subjetividade, de fato, é plural, polifônica (...) e ela não conhece instância dominante de determinação comandando outras instâncias segundo uma causalidade unívoca”. (Guattari, 1991:03)

Falamos sobre formações subjetivas atravessadas pelo social, pela política, pelas questões econômicas, psíquicas etc.. Buscamos caracterizar, então, o tipo de singularidade com a qual nos defrontamos nos contatos com os atores da Reforma. E ainda com Guattari

“Em certos contextos sociais e semiológicos, a subjetividade individua-se; uma pessoa, tida como responsável por si própria, posiciona-se no seio das relações de alteridade regidas por usos familiares, costumes locais, leis jurídicas...Em outras condições, a subjetividade se faz coletiva, o que não significa que ela se torne, entretanto, exclusivamente social. Com efeito, o termo “coletivo” deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade desenvolvendo-se para além do indivíduo, do lado do *socius*, como também aquém da pessoa, do lado das intensidades pré-verbais, relevando mais uma lógica dos afetos que uma lógica de conjuntos bem circunscritos.” (Guattari, 1991:07- 08)

Dando um passo adiante, utilizaremos como primeira reflexão sobre este tema a concepção de grupo que tem sido desenvolvida por Barros (1994c e 1997) e que foi analisada por Lancetti (1994a). Os autores desenvolvem o tema pela questão da clínica grupal. Abrimos um parêntese para explicar que, mesmo que a investigação para este estudo não tenha privilegiado este tipo de grupo – clínico – já que privilegiamos aqueles com formação não demandante da titularidade do exercício clínico, optamos por usar estes estudos por percebermos que os dois grupos não terapêuticos, por nós analisados, trazem no seu cotidiano a exigência de uma história terapêutica que permeia, por exemplo, os espaços assistenciais das oficinas ou mesmo dos grupos terapêuticos de tratamento.

---

<sup>43</sup> Fala transcrita da participação da psicóloga Regina Benevides Barros no Debate sobre o tema Clínica e Cidadania, no Seminário sobre História da Psiquiatria: A loucura da (na) história, organizado pelo LAPS/NUPES/Fiocruz, no Rio de Janeiro, de 24 a 26/11/98.



Dito isto, afirmamos com Barros (1994c), que sustenta suas idéias na proposta teórica de Guattari e Deleuze, que o modo como entendemos os grupos é histórico, concebido de diferentes modos de percepção, de sentir, qual seja o contexto espacial e cronológico que os comportam. Por isso sua concepção não é universal, rompe com as totalidades e naturalizações e se abre para as singularidades disparadas nos encontros. Não são a simples soma e pluralidade das pessoas e não são construídos pelas falsas dicotomias nas esferas indivíduo/grupo, grupo/sociedade.

Na psiquiatria, a idéia de trazer o grupo como componente terapêutico surge nas tentativas das reformas que vislumbravam mudanças internas nos manicômios, através de atividades coletivas de assembleias, de grupos terapêuticos (como na proposta de comunidade terapêutica), grupos autogestores ou cogestados (como na psicoterapia institucional) e nas reformas que vislumbravam mesmo o fim da psiquiatria, como a desinstitucionalização italiana, que realizavam grupos de lazer, de trabalho, de participação política. (Lancetti, 1994a:56)

Na estruturação deste espaço grupal, Lancetti destaca que “o simples fato, ao mesmo tempo extremamente complexo, de estar-louco-com-outras é fortemente continente e terapêutico”. (Lancetti, 1994a:158). Em aliança, soma-se a relevância do contato afetivo e solidário entre seus membros (técnicos e pacientes). E aqui complementamos que o dito louco ao se reunir coletivamente sem estar, necessariamente “louco” (em “crise”), igualmente cria um espaço continente e terapêutico, no sentido em que percebem suas diferenças de postura, de visão do mundo e do grupo, as reconhecendo com respeito, transformando-se e sendo transformados. Cúmplices e não dependentes estereis de terapêuticas que não se deslocam, não se modificam, nunca se estranham, porque estão presas aos manuais de tratamento. Quando o grupo se estranha, se interroga, se vê em conflito, aí sim podemos falar de um *outro tipo de terapêutica* que se faz sentir no grupo, pois observa-se crescimento e enriquecimento das subjetividades que se entrecruzam com inúmeras histórias para contar.

Assim sendo, Barros assinala que o deslocamento da noção de grupo para a “noção de subjetividade” ou “grupo-dispositivo”, complexifica, intensifica os aspectos presentes no grupo e que passa a ter características múltiplas, provisórias, polivalentes. Ela destaca o “caráter ativo” (Barros, 1997:183) deste dispositivo que é muito diferente dos espaços formados nos manicômios, onde a voz e os gestos dos internos quando dispostos em alguma enunciação são destituídos de valor ou simplesmente não são escutados, justificando-se que daquelas bocas insensatas as palavras nada revelam.

“o grupo deixa de ser o modo como os indivíduos se organizam para ser um dispositivo, catalisador existencial que poderá produzir focos mutantes de criação. A noção de dispositivo aponta para algo que faz funcionar (...), que produz novos acontecimentos (...) O grupo assim produzido, como dispositivo analítico, poderá servir às descristalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias. A questão não mais seria buscar uma identidade do indivíduo ou do grupo, mas em se perguntar sobre que componentes de subjetivação estariam sendo acionados e que outros agenciamento poderiam ser feitos. (...) Se tomarmos o grupo com dispositivo, acionamos nele sua capacidade de se transformar, se desterritorializar, irromper em devires que nos desloquem do lugar intimista e privatista em que fomos colocados como indivíduos. O contato com a multiplicidade pode então fazer emergir um território existencial não mais da ordem do individual (seja aqui de um indivíduo, ou de um grupo), mas da ordem do coletivo. É aqui, acreditamos, que o grupo-dispositivo pode atuar como máquina de decomposição, a começar pela decomposição de sua pretensa unidade.” (Barros, 1994c:151-152)

Nos grupos-dispositivos, a capacidade do exercício da escuta de outras formas de existência, de experimentação pode provocar efeitos que levem à ação e criação de outros modos de conceber e viver a vida. “*O dispositivo tenciona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos*” (Barros, 1997:189). E além disso,

“sozinhos, ficamos livres mas não podemos exercitar a nossa liberdade. Com o grupo, encontramos os meios de multiplicar as formas individuais, mediante a organização. (...) É também pela organização que pessoas inconformadas se reúnem, ampliando, destarte, sua força (...)”. (Santos, 1998b:80)

Para finalizar esta parte, colocamos mais algumas questões que devem ser pensadas neste contexto: o que faz de um grupo terapêutico ou não? Lutar pela inserção social e cidadania é um ato político e terapêutico? Como é discutida este tema da terapeutividade na Reforma Psiquiátrica nos espaços de saúde mental que se pretendem “protegidos”, “assistidos”, como as cooperativas de trabalho, os lares assistidos ou abrigados?

A psiquiatra italiana, por exemplo, nos oferece uma visão de terapêutica relacionada à qualidade de vida, por isso a amplitude do seu trabalho, para que a qualidade exista sem o preconceito que destrói o homem e sua subjetividade.

Sem intenção de discutir estas questões, neste momento, assinalamos que estas mesmas questões serão melhor pensadas nos capítulos seguintes.

### **3.2.4 - Mudanças jurídicas e conquistas políticas.**

Conforme nos ensina Pitta e Dallari (1992:21), “*investir as pessoas de poder político, isto é, torná-las cidadãs, envolve um processo de mudança cultural, onde deve ocorrer tanto a ampliação quanto a conquista de direito, jamais sua perda*”. Sob este argumento, é que sustentamos a necessidade de ações nestes dois espaços sociais - o jurídico e o político - que, por vezes, parecem estar tão distantes das práticas de saúde mental. Estes espaços, porém, nunca estiveram tão em destaque como nos dias atuais.

As questões de ordem jurídica e política têm sido uma das responsáveis por produções de modo de subjetividade na sociedade brasileira, possibilitando tanto situações de inclusão social (pela legalidade, normalidade) quanto de exclusão social (realizando interdições, rotulando indivíduos de incapacitados). Não raro, as situações de exclusão destituem certos indivíduos de toda e qualquer possibilidade de exercício “cidadão”. Neste sentido, Coimbra (1994) exige dos profissionais/especialistas uma posição crítica do seu papel e atuação, viabilizando

“outros processos onde os lugares de saber/poder possam ser apontados e postos em análise, onde os modelos naturalizados possam ser historizados e desconstruídos; onde, enfim se possa pensar a cidadania como construção cotidiana e coletiva de muitos, inclusive de nós, os profissionais ‘psi’ ”. (Coimbra, 1994:01)

No campo jurídico-político, destacam-se os direitos civis e políticos, relacionados ao ser cidadão, e a relação entre a loucura e a justiça penal, relação fundamentada pelos conceitos de periculosidade e inimputabilidade”. (Delgado, 1992b:81)

A influência da reforma italiana foi extremamente relevante para começar a discussão deste tema no Brasil. Na base da reforma, encontramos a luta pela remoção da construção “loucura = periculosidade”, unindo duas potentes instâncias do campo social - a justiça e a medicina - com legitimidade garantida no Estado Moderno - o Estado de Direito. A experiência italiana busca desconstruir na sociedade este *dado construído*. (Barros, 1994b)

No Brasil, a luta por mudanças na legislação é uma realidade. Sendo uma das propostas por mudanças a retirada da expressão “loucos de todo gênero”, do artigo 50, do Código Penal, os quais consideram “incapazes para a vida civil”<sup>44</sup>. Definição ampla, mateterminando totalmente as pessoas com sofrimento psíquico, onde o que existe mesmo é a *loucura* a ser temida e cerceada.

Delgado (1992c), ao investigar num estudo a situação de interdição na loucura e a problemática que envolve o louco que comete um crime e que recebe como “pena” a medida provisória – transformada em prisão perpétua -, comenta sobre a forma com que é utilizada o instrumento da interdição, normalmente justificado como um ato de “proteção” ao indivíduo. Este instrumento faz com que o paciente, na situação de curatela, torne-se incapaz aos olhos da justiça, da família etc. A idéia de incapacidade acaba por afetar todos os níveis da vida do paciente, inclusive o seu retorno a qualquer tipo de atividade laborativa, o que, sem dúvida, em alguns casos, é uma situação que lhe é muito cara.

---

<sup>44</sup> Reivindicação da II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992. (MS, 1994:45).

Portanto, “a reforma psiquiátrica, introduzindo o tema da autonomia pessoal e da vida civil ativa como critérios de eficácia terapêutica, produzirá fatalmente mudanças práticas na cultura da tutela”. (Delgado, 1992a:110). Urge, então, a necessidade da implementação de novas normas legais e processuais.

São lutas indiscutivelmente políticas, exigindo uma militância contínua de todos atores envolvidos junto aos setores sociais diversos e aos formuladores de projetos de lei interessados em encampar as idéias do movimento da luta antimanicomial.

“Política entendida como a capacidade de mobilização de grupos sociais na conquista de espaços de decisão e de proposições para a melhoria da sua qualidade de vida. Portanto uma tarefa dos diferentes segmentos da sociedade, entre eles governos e partidos. (...) O desafio é tornar a saúde mental uma questão social, incluída nas agendas do legislativo, do executivo, do judiciário, dos movimentos sociais populares e sindicais (...) É preciso transformar o aparato jurídico-legal legitimador da exclusão (...) fundamentado nas noções de incapacidade e de periculosidade. A incapacidade instrumentaliza a interdição civil e os “benefícios” da seguridade social. A periculosidade justifica a inimputabilidade desde o direito penal. Ambas inviabilizam a cidadania das pessoas doentes mentais, produzindo existências em sofrimento: impossibilitadas de trabalhar, de morar, de gerir seus bens, de herdar, de ser responsabilizadas por seus atos”. (Fagundes, 1992:61)

Em decorrência de uma história que silencia, incapacita e não abre oportunidades no campo das políticas públicas e sociais para os usuários de saúde mental, é que atualmente muitos usuários arregaçam as mangas para lutar contra certas leis redutoras, produtoras de preconceitos e limitação dos mesmos. A crença na sua capacidade o conduz à briga cotidiana por um lugar onde possa revelar sua utilidade, não necessariamente pelo critério de igualdade, que separa os excluídos para restabelecê-los ao domínio de uma ordem social, mas sim porque reconhecem seus limites diante de certas exigências sociais.

Estes usuários anseiam por mudanças na sociedade. Só assim não terão de se ver pressionados a certa “normalidade” que podem não alcançar, apesar do desejo que ronda a maioria, que é o da “cura” da doença. A meta da cidadania parece irreversível. Para estes novos atores, a consolidação desta envolve

“tanto um processo ideológico de formação da consciência pessoal e social, em termos de direitos e deveres, como o reconhecimento formal dos mesmos, num Estado de Direito. Esta formação e este reconhecimento se dão através das lutas contra as discriminações, pela abolição de barreiras segregativas entre indivíduos e na luta contra as opressões e tratamentos desiguais (...) No Brasil, uma das principais reivindicações na luta pela cidadania vem sendo a exigência de que o Estado expanda o acesso de todos às políticas públicas e o garanta de forma especial para os despossuídos. Luta-se para que o público não seja transformado em privilégio de poucos grupos privados”. (Faleiros et alii, 1992:146)

A cidadania aos usuários ou ao “diverso” (Baptista,1999b:116), que compõe a sociedade, é peça chave da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de tal modo que abrimos espaço para pensar algumas questões trazidas por Baptista.

Em primeiro lugar, ele fala da necessidade de que se cative para a luta na saúde mental, pessoas, as mais distintas, comprometidas “com a vida social na cidade”, de modo que esta luta não seja tarefa apenas dos personagens já consolidados do campo: técnicos, usuários e familiares. Conduzir as questões da saúde mental para outras esferas sociais amplia, assim, seus modos de intervenção e chama à responsabilidade outros membros da sociedade.

Em segundo lugar, é preciso valorizar sobremaneira os acontecimentos que se dão no conjunto das práticas micropolíticas – comportamentos, atitudes consideradas pequenas, irrelevantes no dia-a-dia, mas, com enorme poder de assinalar problemas, produzir soluções: “*a micropolítica se dá em um campo de forças onde insurgem-se fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando idéias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas*” (Baptista, 1999b:117). São acontecimentos carimbados pela história, por suas marcas particulares, formando um cotidiano que acena para modos de ser variados, implicando conflitos, descobertas, contradições, que têm poder de acolher os “diversos” e seus atos, os excluindo da sociedade ou valorizando e incluindo pela diferença, onde “*encontraremos pequenas narrações, minúsculos contadores de histórias*”. (Baptista, 1999b:127)

O cotidiano das cidades conta histórias, que, ao serem reveladas, podem acometer de vergonha e tristeza os protagonistas que viveram a *história manicomial* ou abençoá-los para que deste passado silenciado estes mesmos protagonistas tirem forças para uma ação política, e para que, com atitudes e vozes, reivindiquem dignidade, respeito etc. A partir desta ação política é que buscamos descrever o processo de crescimento dos atores do campo da saúde mental, em especial dos usuários.

### **3.3 - Recriando a “reabilitação” psicossocial.**

No contexto de Reforma Psiquiátrica, da década de 90, a idéia de “reabilitação” permanece como projeto de assistência em várias instituições. Mas, afinal, o que quer dizer a noção de reabilitação<sup>45</sup>? A idéia de reabilitação foi criada entre as duas guerras mundiais do século XX. Inicialmente foi definida como “*restituição a um estado anterior e/ou restituição*

---

<sup>45</sup> Para maior discussão sobre este termo ver Amim e Filho (1995) e Barros (1991).

à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais” (Amim e Filho, 1995:93). O trabalho era a atividade mais utilizada para tal restabelecimento, pela associação entre ocupação produtiva e aprendizado de regras sociais. Um grupo de sujeitos que deveria ter algum tipo de restituição era o dos loucos. A experiência americana, da década de 60, de ação preventiva na saúde mental é um exemplo desta prática reparadora.

Caplan (1980) utilizou o conceito de “reabilitação”, compreendendo-a como o meio da prevenção terciária, para atingir o objetivo de

“reduzir na comunidade a taxa de funcionamento defeituoso devido a distúrbios mentais (...) com o propósito de fazer retornar o mais depressa possível sua capacidade produtiva ao seu máximo potencial”. (Caplan, 1980:129)

Vamos tomar desta definição duas categorias relevantes no projeto de inserção ‘caplaniano’: “funcionamento defeituoso” e “capacidade produtiva”. Observamos aqui que a loucura aparece como um *defeito* que deve ser *consertado* ou *remendado*, a fim de obter o máximo de capacidade produtiva na sociedade. Pensando a realidade brasileira atual, seria por este tipo de reabilitação que se desenvolvem as novas práticas? Entendemos que este é um risco, mas não um fato. A psiquiatria preventiva americana não questiona o contexto social e político no qual certos grupos populacionais estão imersos. Deste modo, a “reabilitação” aparece como sinônimo de adaptação às normas sociais de modo acrítico, apolítico e a-histórico, em oposição a um tipo de inclusão inventiva e instituinte, promotora de modos de ver e de lidar, no social, diferenciados.

Na proposta italiana de desinstitucionalização, o conceito de “reabilitação” se refere à maior *diversidade* e *transversalidade* das ações com o objetivo de promover a emancipação da autonomia pessoal dos pacientes psiquiátricos, visto que a doença é compreendida como um fato específico e social. (Barros, 1994a:94)

Diante disso, as propostas de reforma atuais, no Brasil, exigem da “reabilitação” o compromisso, não com teorias e técnicas prontas e acabadas, mas, de fato, com a sua adequação às exigências particulares de cada situação e de cada pessoa. Não é pretendido conformar o usuário a aceitar suas dificuldades como incapacidade; ao contrário, decide-se criar meios de atuação laborativa de acordo com a realidade de cada sujeito, num movimento de transformação, não apenas deste, mas também da sociedade e das regras de organização do trabalho. Nesta idéia de “reabilitação”, a qualidade de vida, precisando, por isso, que os novos serviços assistenciais contem com outras instâncias, como as políticas e econômicas, para dar conta de necessidades dos usuários, tais como transporte, moradia, lazer (Amim e Filho,

1995). Para Saraceno (1996:14), a “reabilitação” não é uma estratégia técnica, mas sim estratégia global, implicando, portanto, mudanças nas políticas de saúde mental.

No interior das novas propostas de assistência, a “reabilitação” tem sido acompanhada do termo psicossocial. Segundo Pitta, o termo “reabilitação psicossocial” vem sendo utilizado há pelo menos quatro décadas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a “reabilitação psicossocial” *“seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”* (apud Pitta, 1996:21). Precisar-se-ia, então, conhecer e atuar sobre todas as demandas ou necessidades explícitas dos usuários.

“Não se trata porém de técnicas específicas para populações específicas. Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade atuais, que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados”. (Pitta, 1996:21)

Como já mencionamos acima, o trabalho como meio de “reabilitação” surge como uma das propostas no interior dos novos espaços assistenciais da Reforma. É comum que se pergunte sobre o porquê e como promover a (re)inserção dos pacientes no meio social. O trabalho cotidiano nestes espaços, segundo Pitta

“implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade”. (Pitta, 1996:09)

Saraceno (1999) registra que as mudanças na psiquiatria sofreram principalmente interferência dos processos sociais, econômicos e outros, desde a década de 60. A “prática reabilitadora” torna-se, desta forma, uma maneira de responder às diferentes necessidades colocadas pelos indivíduos. Cabe, então, aos serviços o compromisso de uma intervenção assistencial que considere as especificidades de cada cliente que atende.

A “integração interna” dos serviços (capacidade de adequar a competência, o saber à especificidade da situação imposta) e a sua “integração externa” (utilização de recursos distintos ao tradicional) exigem destes habilidade e audácia para as decisões cotidianas (Saraceno, 1996:99). Saber utilizar os recursos disponíveis, assim como a própria motivação do técnico, incluindo aí a participação da família e do próprio paciente, além das inúmeras possibilidades comunitárias, definirá o resultado da proposta reabilitadora.

Na visão do autor, não se reabilita porque é preciso corrigir a desabilitação de alguém. Importante é o mínimo de autonomia possível numa sociedade cujas regras precisam ser flexíveis. A “reabilitação”, será, então, *“um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços [alternativos] que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua”*. (Saraceno, 1999:112-113)

Saraceno (1996) entende a “reabilitação” como exigência ética, facilitadora do pleno exercício da cidadania na esfera social, segundo os limites e possibilidades de cada pessoa. Numa reflexão similar, Pitta (1996) entenderá a “reabilitação” como um “tratado ético-estético” que influencia os projetos terapêuticos de encontro a uma sociedade mais justa. A reabilitação conflui, assim, para a realização de um contrato em três esferas principais da vida: “habitat, rede social e trabalho com valor social”. Para tanto, será preciso que a “atitude reabilitadora” encarregue-se de promover a “ruptura do entretenimento”<sup>46</sup>, ou seja, renunciar às práticas psiquiátricas objetivantes do sujeito, detentoras de verdades naturalizadas e, ao mesmo tempo, criar outros meios de vida para a psiquiatria, atenta às ações do cotidiano, em constante refazer. (Saraceno, 1999:18)

As exigências presentes no cotidiano das práticas assistenciais procuram dar conta de alguns princípios de ação, pretensamente estratégicos e políticos, tais como: criatividade, afetividade, solidariedade, ética, autonomia possível, reivindicação de recursos humanos e financeiros ao poder público, luta por políticas sociais concretas, etc.. Logo, “reabilitar”, de modo muito específico, pode significar a desconstrução da idéia de desvalor apreendida no interior do manicômio, convocando aos usuários a construção de uma autonomia psíquica e social possível, sempre em relação com as pessoas e o meio.

“Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia (...) Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos(...) somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer normas, novos ordenamentos para a vida.” (Kinoshita, 1996:56-57)

---

<sup>46</sup> O autor utiliza a palavra entretenimento para pensar as práticas ergoterápicas com objetivos de passar o tempo, distrair a mente. Para ele ainda não está claro a relação entre o entretenimento, o adestramento, a reinserção e o trabalho na reabilitação. De modo que ele não aceita atualmente que o trabalho para usuários seja normatizador, mas sim como recurso importante na construção de um outro lugar para os usuários. (Saraceno, 1999:130)



Sob o *princípio da autonomia*, fica mais claro o lugar a ser ocupado pelos usuários nas novas práticas. Este lugar agora é uma reivindicação e possibilidade real. Nos diz uma usuária:

“(...) entendemos que também podemos colaborar na construção teórica de um saber, inclusive por sermos objetos e sujeitos na sua articulação cultural e política, tanto quanto nas práticas em reabilitação psicossocial”. (Fernandes, 1996:09)

Ocupar o lugar da cidadania passa a ser a meta do processo de desinstitucionalização. O convívio com certezas provisórias, a abertura para a imprevisibilidade da experiência na ausência dos muros manicomial é o desafio. Aprendemos um pouco mais com a experiência de Trieste, que convida os diferentes atores da cidade ao engajamento político de mudanças.

“Esse processo iniciou-se na progressiva transformação das relações e da estrutura institucional, assumindo as contradições e os inúmeros conflitos com a cidade (...) trabalho gigantesco no qual se polemiza, mostrando as contradições, as diferentes razões e se defende o paciente, auxiliando-o, ao mesmo tempo, a compreender e aceitar regras sociais mínimas. Os pacientes puderam modificar seu papel social e, aos olhos da população da cidade, revelaram-se pessoas com necessidades comuns às das outras. A desinstitucionalização revelava, também, uma dimensão subjetiva do processo de transformação. O *estar-com* é considerado um exercício que deveria ser constante(...)” (Barros, 1994a:89, grifo do autor)

Não é só o grau de autonomia do usuário que definirá uma entrada tranqüila na sociedade. Bezerra (1992:34) lembra que todo cuidado será pouco para não nos deixarmos conduzir pela “reabilitação” sustentada pela “utopia tirânica” da igualdade. Lancetti (1991) também alerta para esta possível captura da diferença. Pelbart (1991) igualmente mostra sua preocupação com o tipo de colocação do louco no social que se pretende realizar, apresentando, a partir de exemplos ocorridos com outras minorias sociais, algumas armadilhas que podem estar presentes nesta proposta.

“faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias - ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios - mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização. Por potencial de desterritorialização entendo aqui esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limite, sempre de um outro modo (...) Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? (...) Será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia política de homogeneização do social”? (Pelbart, 1991:132-33)

A construção de suportes sociais passa a ser uma ação política extremamente relevante para a ocupação de outros lugares sociais pelos usuários. Desenvolvemos, assim, a seguinte reflexão: sendo a Reforma algo ainda recente no nosso país, observamos que o fato das novas

iniciativas partirem sempre da assistência, do fórum da saúde mental, com tentativas de ações micro-políticas, muitas vezes distanciadas das lutas macro-políticas (entendidas aqui como ações que transcendem o cotidiano de um serviço, que difunde a reforma e cativa alianças), tornam-se um sério obstáculo para a consolidação de uma “reabilitação psicossocial” que não exclua e não oprima. Vislumbrar que “as práticas reabilitadoras pertencem ao universo dos direitos sociais” (Barros, 1991:09) intensifica a tarefa profissional. Alguns dos problemas enfrentados foram colocados por profissionais que buscam inovar na sua prática.

“Particularização, diferenciação do atendimento, individualização, reabilitação psicossocial, articuladas de forma flexível e sujeitas a constantes reavaliações são as respostas às quais conseguimos chegar aos impasses gerados pelos problemas mais comuns em nossa prática: dependência da estrutura institucional, dificuldades de contato e reinserção social, dificuldades no uso de recursos da comunidade, aquisição ou re aquisição de habilidades”. (Furtado e Pacheco, 1997:90)

Em um estudo específico realizado por Rochael-Pasciutti (1997), abordou-se o tema da loucura com objetivo de identificar a representação social da comunidade, da vizinhança dos usuários de saúde mental, e de seus familiares. Dentre várias conclusões, algumas nos chamam a atenção: 1- a responsabilidade pela condução do tratamento fica sendo da família e do governo, há pouca percepção de que a comunidade pode ou deve fazer parte deste processo; 2 - a família, o tratamento institucional e o trabalho são os aspectos mais importantes para o bem-estar do paciente e para sua inserção social.

Logo, os novos serviços de atenção precisam se encarregar das tarefas de comprometer a comunidade na questão da saúde-doença e em aproximar o familiar da discussão e participação ativa do tratamento. Iniciativas difíceis, pois, como verificamos no estudo de Bandeira et alii (1994), se não houver uma continuidade do tratamento e uma rede comunitária sólida de apoio ao usuário, as situações de re-hospitalizações continuarão.

Agora, a questão do trabalho, como uma modalidade de suporte social, para usuários é extremamente complexa. Como oferecer trabalho para este grupo numa sociedade com falta de emprego para grande parte da população?

O trabalho, historicamente, formou-se como espaço privilegiado na sociedade. Mesmo com possibilidade de produzir adoecimento físico e psíquico, o trabalho como sinônimo de emprego passou a ser o prêmio para toda e qualquer pessoa que não quisesse se ver às margens da sociedade. O desafio maior para o campo da saúde mental que se quer cidadão percorrerá, então, os caminhos para que o acesso ao trabalho seja possível aos usuários que dele necessitam e demandam.

As cooperativas surgem, no campo técnico-assistencial, como novidades organizativas e alternativas para a integração e inserção de pessoas que não conseguem permanecer no mercado formal e competitivo de trabalho. Contra a marginalização, investe-se na solidariedade que permeia esta proposta - o co-operar. Elas podem ser “*lugares de promoção de autonomia bem como de proteção: funções que deveriam ser próprias de um bom serviço de saúde mental*”. (Saraceno, 1999:135)

Surge, então, o impasse ou a tensão entre o mercado capitalista e a produção. Duas situações são relacionadas por Saraceno (1999:135-136): em primeiro lugar, a situação de um trabalho protegido (por exemplo, as cooperativas em saúde mental), inserido no mercado que não visa à proteção, mas sim à competitividade, sob a lógica de que vença o melhor; em segundo lugar, a situação de produção e mercado protegido (facilitando a produção, com poucas exigências ao trabalhador, podendo cair no assistencialismo tolerante).

Além do status social, historicamente produzido, que o trabalho traz consigo, também é dele que as pessoas buscam recurso financeiro para sua sobrevivência. As questões impostas pelo dilema proteção/competitividade será um fantasma dessas novas práticas, se as lutas políticas não tocarem neste ponto. Assim,

“pequenas cooperativas protegidas têm alta rentabilidade reabilitativa e baixa rentabilidade econômica, enquanto as grandes cooperativas de produção “monocultural” ou as inserções em sistemas produtivos de livre mercado tendem a gerar mais altas rentabilidades econômicas e mais modestas as reabilitativas, até a expulsão dos usuários. Com certeza, a tradicional inserção no mundo do trabalho se demonstra falida. Há necessidade de criar alternativas, criar de forma autônoma postos de trabalho; repensar a organização produtiva e os percursos de adaptação.” (Saraceno, 1999:136)

De todo modo, compreendemos que o caminho percorrido, pelas novas práticas em saúde mental, tem sido intenso, extenso e completamente desafiador, assim como também realizador.

Tentamos, nas páginas deste capítulo, trazer algumas das questões que percebemos como centrais para o cotidiano das intervenções em saúde mental. Contudo, gostaríamos de fazer mais uma reflexão.

Lancetti (1994b:72), ao narrar um projeto realizado em Santos para acolher a população de rua que podia sofrer com o frio, indica que ele foi planejado e executado como intervenção na cidade e não como resposta assistencialista a problemas de ordem econômico-social.

Trazendo esta afirmação para as áreas de ação atual da saúde mental, percebemos que esta sempre teve como referência principal a prática da assistência, marcada pela lógica

psiquiátrica que intervinha apenas na doença mental. Sob a nova lógica de uma atenção psicossocial, cujo eixo prático principal se refere à luta pela cidadania do louco, se dando na relação entre os quatro campos descritos por Amarante, a assistência passa a ser apenas uma parte das tarefas em saúde mental<sup>47</sup>.

Até agora, o que parece é que, de modo geral, grande parte das mudanças tem se centrado apenas nos serviços, no seu planejamento, na sua organização administrativa, na direção clínica realizada. Este quadro faz com que haja poucas iniciativas que se aventurem para fora dele. Como consequência, os usuários tornam-se mais participantes, mas apenas nos serviços, sendo uma *autonomia conquistada*, uma *auto-estima recuperada* que só tem efeitos, em alguns casos, dentro destes espaços, fazendo dos serviços os únicos espaços onde a pessoa se sintam bem, fortalecida.

Caso a vivência nestes espaços, normalmente conduzida pela idéia de “reabilitação”, não seja uma parte do processo da inserção, corre-se o risco de que os novos serviços, além de serem apenas espaços de tratamento, também transformem-se em guetos de produção da saúde mental, cultivando a idéia de que a sociedade é ruim, injusta e por isso não vale a pena enfrentá-la. Ressaltamos, desta forma, o valor que deve ser dado para que as novas propostas “reabilitativas”, que nascem nos espaços de saúde mental, acreditem na possibilidade de, como nos diz Rotelli, intervir na sociedade, acreditando que a tarefa que agora se impõe é também a de que todos são atores com poder de mudar alguma coisa na sociedade. A assistência que não se pretenda crítica e aberta às questões de ordem política pouco poderá fazer na luta pela desmistificação da loucura na sociedade.

“A revolução por uma sociedade melhor passa pela revolução nas subjetividades das pessoas (...) Trata-se de pensar, sentir e agir no sentido de que a democracia se constrói a todo instante, nas relações sociais de que fazemos parte. O processo de mobilização por objetivos sociais em toda organização é marcante para o avanço democrático da sociedade. E essa revolução interna não é fácil: ou é fruto de terapia, ou da religiosidade, ou de uma viagem poética, artística, ou de participação política (...) Penso em terapias que não percam a perspectiva histórica, mas que tragam para fora dos indivíduos a força necessária para lidar com esse mundo e fazê-lo avançar. (...) Essa revolução interna é traço essencial para a existência da cidadania. Todavia, sua construção depende também de outras dimensões. É preciso haver uma educação para a cidadania. A violência perpassa o cotidiano das pessoas de inúmeros segmentos (...) Há um sofrimento que tem lugar no âmbito privado e não vem a público, a não ser que essas pessoas tomem consciência de seus direitos como cidadãos e se organizem para lutar por eles. É preciso criar espaços para reivindicar os direitos, mas é preciso também estender o conhecimento a todos, para que saibam da possibilidade de reivindicar”. (Manzine-Covre, 1996:70-74)

Os profissionais dos serviços têm o privilégio de exercitar a quebra de preconceitos no dia-a-dia do cuidado que prestam, mas, muitas vezes, esta experiência não sai das instituições

---

<sup>47</sup> Ou não? Tudo é assistência?

e, contraditoriamente, justamente o que se quer é “reabilitar”, oferecer cidadania. Porém, a cidadania não é um prêmio que se ganha a troco de nada, ela não é uma benfeitoria concedida porque alguém merece ou porque é um coitado. Pelo contrário, a cidadania só pode ser conquistada. Sendo esta conquista realizada nas relações que se estabelecem em diferentes espaços e nos grandes coletivos que interferem nas normas e regras sociais, comprovando que mudanças de vida são possíveis, mesmo que mínimas; essa conquista se faz no cotidiano das lutas, no enfrentamento dos impasses de cada ator de uma sociedade, independente de ser louco ou não. Enfatizamos, então, mais uma vez, a relevância de que os dispositivos grupais, terapêuticos ou não, criem estratégias de ação política que possam ter algum efeito nas diversas instâncias do campo social.

Hoje, não seria pretensão dizer, com certa tranquilidade, que a loucura está nas ruas. Ela não pede “elogios”, também não quer continuar sendo estigmatizada pelas idéias de violência, ociosidade, desrazão... Construções estas que justificavam sua reclusão e apagamento social. E, principalmente, ela não quer ser esquecida, porque necessita do aparato clínico para sentir-se amparada, segura e ciente das suas possibilidades.

Estamos falando aqui da invenção de um movimento, que mesmo que se denomine como Reforma, pretende ser instituinte, pelo menos, é deste modo que pretendemos entendê-lo (caráter de singularidade, ampliação, crescimento renovado). Podemos dizer também de uma “instituição” que se quer “inventada”, visando à desconstrução de modelos (no tratamento), preconceitos, naturalizações, valores. Como nos diz Rotelli, a construção de novos sentidos implica o fato de estarmos

“sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar-se signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana. Eis então o porquê da necessidade em Psiquiatria hoje de instituições inventadas.” (Rotelli, 1990:94)

A vivência do risco nas novas propostas assistenciais faz parte da inovação. A preocupação básica é a de que a participação coletiva, a confiança, a partilha, a união pelo afeto produzam novos instrumentos; compreendendo a loucura, não simplesmente como doença, mas como pertencente ao campo da complexidade das sociedades, das culturas, da história. O ser doente não é mais um objeto a ser observado, classificado e submetido a técnicas que o invadem indiscriminadamente. O ser da - e na - complexidade deve e merece ser tratado e reconhecido na sua multiplicidade, na medida em que é compreendido como um

ser atravessado por instâncias diversas que produzem a sua subjetividade - aqui falamos do *ser histórico- social- cultural- político* que merece ser assistido na sua doença sem que seus direitos de ser humano sejam violados e merece ser informado da sua capacidade, tanto quanto possível, de lutar por uma causa, que diretamente lhe diz respeito e não apenas aos seus técnicos, que é a de que uma sociedade pode viver sem manicômios; uma possibilidade ainda difícil nos tempos atuais.

No próximo capítulo, delineamos o contexto sócio-político em que foi possível a formação do Movimento da Luta Antimanicomial, um dos atores da Reforma Psiquiátrica que consideramos extremamente importante para a consolidação das mudanças no campo desta reforma, viabilizando sobremaneira o reconhecimento social do usuário de saúde mental e da sua propalada cidadania.

## CAPÍTULO II

### **MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL - A FORÇA POLÍTICA DE UM ATOR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### **1- Marcas da história: a sociedade brasileira em movimento - preparando o cenário para a ação política na saúde mental.**

Procuraremos dar ênfase ao trajeto, nem um pouco linear e menos ainda isolado, percorrido no interior da sociedade por grupos organizados na psiquiatria. A princípio, estes eram formados por profissionais de saúde mental, sensíveis às imagens de horror e situações de violência sobre a vida de homens e mulheres internados em manicômios. Estes profissionais superaram o silêncio provocado pelo sentimento de natureza das situações ao dar voz a sua indignação, compondo, assim, uma parte do arranjo de uma sinfonia que já vinha sendo tocada há alguns anos por outros setores da sociedade. Cada grupo com uma partitura própria e em sintonia com o momento propício para transformar determinada indignação em ação política.

Trabalhadores da saúde mental mobilizaram-se, então, num movimento social. Entendemos que um movimento deste tipo não surge do nada. No caso do movimento social da saúde mental, este foi envolvido pela efervescência de grupos na sociedade. Consideramos que este foi um significativo passo para a transformação no seio dos discursos e práticas psiquiátricas. Em que contexto, no entanto, se inseriu este movimento? É o que tentaremos mostrar a seguir.

#### **1.1 - Movimentos Sociais no Brasil: a diversidade de coletivos que lutam por reconhecimento e conquistas – um pequeno esboço.**

Um dos fatores para o aparecimento de movimentos organizados no Brasil, na década de 70, foi a insatisfação de diferentes grupos na sociedade com o regime político instituído pela ditadura militar. No contexto de oposição à ordem estabelecida, surgem movimentos sociais, que se estendem em vários espaços, dentre eles o da saúde, através do Movimento Sanitarista, e mais especificamente o da saúde mental, chamado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Com um início permeado por reivindicações, estes dois movimentos estabeleceram no seu percurso a luta por direitos. Como outros movimentos, eles se caracterizaram pela “emergência de novos atores políticos em confronto com o Estado”. (Costa, 1989b:48)

Historicamente, a formação de movimentos na sociedade surgiu das críticas ao Estado. Eram pessoas e grupos que cobravam ações públicas para seu benefício. Cada grupo tinha especificidades particulares, práticas políticas e estratégias próprias (Jacobi, 1988; Ammann, 1991).

A noção de movimento social possui muitos significados. Ela foi criada em meados do século XIX, na Europa, para designar modos de participação no seio da sociedade. Era comum que esta se confundisse com as noções de movimentos urbanos organizados, movimentos populares, grupos populares. A denominação “movimento popular” foi originária na América Latina, sendo “cunhada em tempos de autoritarismo político (...) para referir-se a uma vasta gama de movimentos reivindicatórios referidos ao Estado do ‘mal-estar social’”. (Doimo, 1995: 67- 68)

A constituição dos movimentos, na década de 70, tinha como base social grupos populares amparados, em sua maioria, por instituições como a igreja e os partidos políticos. Suas reivindicações centravam-se nas carências emergentes de cada comunidade, como, por exemplo, problemas da falta de luz, água, educação, saúde, etc., e lutas no âmbito sócio-cultural, como as lutas femininas, ecológicas, negras, indígenas. Sader (1995), chamou estes grupos de “espontâneos”, com valor histórico e conjuntural na sociedade sem precedentes. Eram grupos e/ou coletivos com identidades distintas, ou, segundo Fernandes (1994), com “identidades contrastivas”, confiantes na transição da sociedade autoritária para uma sociedade democrática.

“Cada novo movimento, não importa onde que aconteça, deve ser visto como singular e como um processo de construção e criação de identidade de grupo. Nesse sentido, um protesto não seria exclusivamente uma reação às forças externas, mas como movimento que emerge de um conjunto de circunstâncias singulares e historicamente específicas”. (Valla, 1996: 05)

Na visão de Fernandes (1994), as lutas destes movimentos instauraram uma “dinâmica paradoxal”: de um lado, cada coletivo pleiteava a igualdade de direitos e o fim dos preconceitos; do outro, exigiam o reconhecimento da sua singularidade da sua luta e experiência de vida. Contudo, independentemente dos paradoxos instaurados nesses grupos brasileiros, no entendimento de Chauí (1988), estes movimentos, mediante suas práticas, criaram o “sujeito novo”, que era social.



“são os movimentos sociais populares em cujo interior indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas” (...) sujeito que, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telos das ações sócio-políticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora (...) tendendo a romper com a tradição sócio política da tutela e da cooptação e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se. Lugares onde a política institucional ainda não lançou tentáculos (...) aqueles (espaços) onde se efetua a experiência do cotidiano popular”. (Chauí, 1988:10-11)

A década de 80 conviveu com problemas relacionados ao baixo desenvolvimento econômico, mas em compensação aumentou a participação política dos trabalhadores urbanos. Presenciou-se também o embate dos movimentos urbanos entre sua “inovação e institucionalização”. Era uma nova conjuntura política, favorecendo outras posturas frente ao Estado. O aspecto da “inovação” exigia o mínimo de autonomia do movimento em relação às instituições como o Estado, os partidos políticos. Em contrapartida, o aspecto da “institucionalização” permitia a aproximação do movimento com o Estado, fazendo com que muitas vezes tal movimento assumisse compromissos e acordos estatais que colocavam em risco o ideal de transformação maior da sociedade. (Jacobi, 1988:52)

Outra característica do final dos anos 80 foi o enfraquecimento e desmobilização dos grupos. O ideal da transformação social se arrefecia no primeiro sinal de saneamento das necessidades particulares, colocando em risco a permanência de espaços organizados contestadores da ordem social hegemônica, capazes de criarem estratégias de mudanças, sejam elas macro ou micro nas diferentes instâncias sociais.

“O potencial transformador não deve ser buscado neste ou naquele Movimento Social isolado, mas no somatório de forças das mais diversas frações de classe e de grupos sociais (...) só o conjunto dos Movimentos Sociais em sua diversidade e complexidade é capaz de provocar transformações substanciais (...)”. (Ammann, 1991:135)

No início da década de 90, contudo, foi visível a crescente omissão e restrição do Estado às políticas sociais e públicas. Seria, então, o avanço neoliberal, responsável pela desesperança que abate as pessoas e os grupos, favorecendo a perda da visão contestatória dos movimentos sociais sobre o Estado? Mas, independentemente da identificação de culpados ou falhas dos movimentos, foi identificado por alguns autores a permanência da luta coletiva. Não por acaso, surgiram novas oportunidades para que os movimentos ampliassem sua atuação e formação, construindo modos de relação com o poder público, através de canais de participação na discussão da formulação de políticas e no acesso ao controle social.

Mesmo no período de recesso dos movimentos, Valla e Stotz (1991) reforçavam a necessidade da amplitude no debate de temas sociais. Eles defendiam um tipo de participação social que apontasse claramente para as estratégias de exclusão de categorias sociais e o poder de ação dos grupos contra estas. A “participação social”<sup>48</sup> que identifica como relevante é a “participação popular”, definida como:

“participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação implica uma contradição: de um lado legitima a política do Estado diante da população; por outro significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública. A resolução dessa contradição faz parte de um processo onde as entidades populares precisam manter sua independência, de modo a poderem lançar mão de formas de luta que lhes são próprias e a garantirem a mais ampla participação das massas (...) Nesta perspectiva, a participação popular pode significar uma prática transformadora. Evidentemente, o Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso às informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições, retardando decisões ou remetendo-as para instâncias superiores, seja através de cooptação das lideranças do movimento popular para aceitarem esses procedimentos em troca de benefícios pessoais ou políticos”. (Valla e Stotz, 1991:13)

Ressaltamos que não há consenso na literatura sobre o potencial de transformação da sociedade através de movimentos sociais. De acordo com Doimo (1995:221), seria necessário que, nos tempos atuais, se evitasse reificar certas concepções dos movimentos “que, ao atualizarem, nesses novos conflitos, aquele sentido mítico-transformador de antes, acabam perdendo a chance de reconhecer o caráter profundamente ambíguo que eles podem adquirir em conjunturas específicas”. Ambigüidade que diz respeito tanto a uma luta por uma sociedade sem preconceitos e exclusões, quanto o seu inverso, por exemplo.

Outros autores vão definir estes grupos organizados ou movimentos sociais privilegiando a categoria “coletivo”. Deste modo, coletivo

“compreende a formação da organização e da canalização das energias conjuntas de um grupo ou bloco de pessoas pelo trabalho de suas forças e sua vontade, das superestruturas política e ideológica que viabilize reivindicações comuns, ações organizacionais com estratégias e táticas diante de adversários reconhecidos”. (Faleiros et alii., 1992:145)

A partir do estudo analítico sobre movimentos sociais populares paulistas, existentes no período de transição política brasileira entre os anos 78 e 85, Sader (1995) ressalta a presença de “novos personagens” ou “sujeitos políticos”, no interior dos coletivos. Para ele,

---

<sup>48</sup> Valla e Stotz (1991:07-12) incluem mais quatro modos usuais de participação social: a modernização; a integradora de grupos marginalizados; o mutirão; e o desenvolvimento comunitário.

estes, ao ocuparem o espaço público para reivindicação, construíram histórias de lutas no cotidiano de suas vidas e desenvolveram novos entendimentos e ações sobre o poder estatal.

Mesmo tendo identificado a desmobilização e decaída destes coletivos, o autor destacou o importante ganho de cada pessoa, ao fazer de tal experiência um novo sentido para sua vida, por meio da participação política.

Assim, não temos dúvida da importância histórica dos movimentos nas últimas décadas para a consolidação de novas lutas, de novas bandeiras, mais recentes, com novas estratégias de atuação.

## **1.2 - Mudanças na saúde brasileira: a Reforma Sanitária.**

Não existem dúvidas nas leituras referentes à história da Reforma Psiquiátrica sobre a influência do movimento de Reforma Sanitária na sua constituição<sup>49</sup>. Por isso, nesse estudo, optamos por não falar de reestruturação no campo da saúde mental sem a inserir nas discussões pertinentes ao campo da saúde como um todo.

Privilegiamos uma literatura que ressaltasse os acontecimentos sócio-políticos, desde os anos 60, que foram determinantes para a construção exemplar do modelo de saúde que hoje nos rege. Como afirma Fleury (1991), a Reforma Sanitária só pode ser entendida de modo processual, revendo os parâmetros das noções de saúde e doença.

Estamos concebendo as *políticas de saúde no Brasil* como passíveis tanto de ações que visam à inclusão como as que visam exclusão de setores da vida econômica e social de uma comunidade. Luz (1994a:86) as define como “conjunto de formas de intervenção concretas, na sociedade, que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais”.

Oliveira (1989:14-15) afirma que já em meados dos anos 60 a meados de 70, a política de saúde brasileira, no período da ditadura, privilegiou os interesses corporativos e econômicos de empresários da rede privada do setor, que aumentava num crescente, às custas do dinheiro público. Com o aumento da crise econômica no país, iniciou-se o processo de “abertura política” para formação de um Estado Democrático e o desenvolvimento de idéias reformistas. Aí houve a oportunidade para que os movimentos sociais conseguissem

---

<sup>49</sup> Amarante (1995:93-99) destaca três momentos da estruturação da Reforma Psiquiátrica Brasileira: 1-Trajatória Alternativa (de meados de 70, no movimento contra a ditadura militar); 2-Trajatória Sanitarista (no início dos anos 80, profissionais reformistas da saúde incorporam-se ao aparelho de Estado); 3-Trajatória da Desinstitucionalização (desconstrução/invenção), que surge na I Conferência Nacional de Saúde Mental, abrindo o caminho para a mudança do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental para o da Luta Antimanicomial.

reconhecimento para o exercício de controle social das políticas públicas e sociais no planejamento, gestão, execução e avaliação de serviços e programas de saúde.

De acordo com Oliveira (1989), as discussões destinadas à construção de um novo projeto político na saúde sofreram significativa influência do modelo de Reforma Sanitária Italiana, sem deixar de levar em conta diferenças conjunturais na sua constituição.

No Brasil, o movimento pela reforma na saúde surgiu de dentro do aparelho do Estado para fora, através dos técnicos progressistas, inicialmente de setores intelectuais (que mais tarde assumiram os espaços de saúde do Estado), e posteriormente de profissionais, de médicos da rede pública, de sindicatos e, intensivamente no final da década de 80, de usuários de serviços, representantes de entidades e de movimentos organizados. Essa foi a base social pela Reforma na saúde, segundo Fleury (1991).

O grande desafio foi o de montar estratégias que reconhecessem as contradições do Estado capitalista, para transformá-lo e democratizá-lo, viabilizando a participação na formulação e implementação de políticas públicas dos grupos organizados da sociedade civil. Evitar o risco da cooptação e a simples gestão “humanizada” do Estado capitalista passou a ser meta. (Oliveira, 1989:37-38)

Para Kornis e Rocha (1996), as “ofensivas neoliberais” do capitalismo, se intensificaram na década de 90, com o crescente aumento da desigualdade devido à exclusão social pelo desemprego, aumento da pobreza, estimulando uma sociedade movida por redes de solidariedade, implantadas nos espaços micro da sociedade e pela luta de grupos em garantir direitos, exigindo a presença do Estado para essa conquista.

A idéia do Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenvolvida em dois períodos, segundo Kornis e Rocha (1996:45). O primeiro período, que foi de 1976 à Constituição de 1988, deteve uma “perspectiva política otimista”, predominando o ideal da Reforma Sanitária, junto à nova ordem democrática que aparece. Era a tentativa de construção do projeto de “bem-estar” brasileiro. O segundo período, a partir da Constituição de 1988, evidenciou a realidade de carência do setor público com a crise de financiamento e a expansão da rede privada, colocando em xeque a eficiência da assistência pública.

Conhecida como a “década perdida”, em termos de desenvolvimento econômico, os anos 80 no campo da saúde pública é marcado pela afirmação de conquistas da população, pelo menos no que diz respeito a formulações de leis e programas.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, aprovou-se a “Saúde como Direito”, não apenas civil, mas também social: “Saúde Pública de Qualidade para Todos Cidadãos Brasileiros”. A saúde deixou de ser um estado natural da vida humana para ser uma

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (...)”. Estas devendo ser requisitadas ao Estado pela população organizada, reivindicatória e fiscalizadora através do controle social das suas ações<sup>50</sup>. (MS,1986:04)

Conhecida também como “Constituição Cidadã”, ela deflagrou um acontecimento inédito nas políticas sociais nacional. Luz (1994b) destaca a prolapada frase do artigo 196:

“a saúde e direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Constituição, 1998:104)

A ênfase no direito e na participação de qualquer pessoa e grupos da sociedade passou a ser chave na definição da Reforma Sanitária.

“A Reforma Sanitária não se reduz à Reformulação do Sistema de Saúde, mas diz respeito a todo um processo histórico e político de transformação da situação existente, visando à superação dos problemas relativos ao estado de saúde da população. Este processo passa pela incorporação da saúde no âmbito dos movimentos sociais, e se desdobra no plano institucional, na produção e reprodução de conhecimentos”. (MS, 1990:05-06)

Como exemplo nesse processo, há a conquista advinda pelo modelo democrático do Sistema Único de Saúde, que foi a implementação de Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde. Estes são espaços que conferiram o direito de participação de vários setores da sociedade como usuários, profissionais de saúde, gestores do SUS, para discutirem e formularem propostas, visando a políticas de saúde voltadas para as necessidades concretas da população.

Na contra mão de algumas conquistas sociais, decorrentes dos problemas na economia brasileira, Fiori (1996) demonstrou a tendência no Brasil de aumento da “dívida social” pelo crescimento das carências ou diminuição de recursos para as políticas públicas sociais. Uma das conseqüências foi o fato do sistema de saúde brasileiro não conseguir pôr em prática a constitucionalidade da saúde como direito de todos, caracterizando-se, não pelo domínio da

---

<sup>50</sup> Caponi (1997) critica esta definição ampliada da saúde. Apesar do mérito de aproximar a questão da saúde das pessoas à sociedade que faz parte, há o risco de reprodução do ideal higienista de determinação social da doença. Citando Oliveira (apud Caponi, 1997:302e303) a autora fala do perigo de reduzir saúde e enfermidade como resultante de uma única dimensão - a sócio-econômica - colocando de lado os aspectos biológicos e psicológicos. Neste caso, “a política de saúde deixa de ter um objetivo próprio e passa a ser considerada como instância de uma estratégia mais abarcadora: a transformação social”. A saúde, neste ponto de vista, não depende apenas das conquistas materiais e sociais, basta acompanhar a realidade brasileira em que mais da metade da população vive

“universalização inclusiva” - projeto inspirado no modelo inglês de assistência pública que visa a atender a toda população indiscriminadamente, mas pelo de “universalização excludente” - modelo hegemônico na América do Norte, voltado para o atendimento público apenas da parcela da população mais carente, sendo que o restante da população passa a depender de planos privados de assistência. (Faveret e Oliveira, 1989)

Difunde-se, então, na sociedade brasileira, a idéia do fracasso do serviço público, produzindo aos poucos para toda população a crença de que sua saúde só estará garantida pela *segurança* do plano de saúde privado. Este estado de coisas contribuirá para que se arrefeça a luta reivindicatória pela mudança deste quadro num país de grave desigualdade econômica e social entre sua população. Também é possível acreditar, ao mesmo tempo, que as lutas se modificam, tomam novos rumos, traçam novos caminhos por meio de novos atores e outras necessidades.

A seguir, reduziremos o foco do campo social e político brasileiro e a diversidade de seus movimentos para visualizarmos o movimento na psiquiatria que nasce na efervescência desse contexto.

## **2 - O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento da Luta Antimanicomial : o crescimento reivindicatório de um grupo - ampliando bandeiras e participações.**

O projeto do Sistema Único de Saúde e a amplitude do termo saúde, apesar das dificuldades de sua implantação no cotidiano assistencial, nos últimos anos, requisitou dos profissionais da saúde muito mais do que seus conhecimentos terapêuticos. Exigiu-se deles, principalmente, o compromisso com a defesa e a qualidade de vida dos seus pacientes.

O *grito* dos técnicos do campo psiquiátrico, no final da década de 70, consolidou a luta por condições mínimas de dignidade para pessoas com sofrimento psíquico. Assim, constituiu-se um movimento social no campo da saúde mental.

## 2.1 - Trabalhadores em saúde mental: o Grito dos “Mentaleiros”

“Nós queremos ser psiquiatras, mas queremos ser sobretudo militantes. Ou melhor, queremos transformar, mudar o mundo. E podemos mudar, transformar o mundo, através da nossa especialidade, através da miséria dos nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo. (Basaglia, 1979:29)

A saúde mental brasileira, na década de 70, no contexto da efervescência política pela democratização no país, encontrava-se diante da necessidade de mudanças no campo assistencial. Esta necessidade de mudanças foi alimentada, de modo relevante, pela influência das novas experiências terapêuticas dentro das instituições asilares, como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, convergindo com a leitura de autores como Erving Goffman, R. Laing, Michel Foucault, Robert Castel, Franco Basaglia, Félix Guattari. Na década seguinte, soma-se o interesse em encaminhar as discussões para outras esferas sociais. Isso cria condições para que as questões referentes à saúde mental sejam discutidas em outros espaços, ampliando sua dimensão política e social.

Pretendemos deixar claro que privilegiamos o nascimento político da Reforma Psiquiátrica com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)<sup>51</sup>. Isso não quer dizer que negamos as tentativas “reformadoras” anteriores, por exemplo, através das experiências de comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional. Destacamos, porém, o aspecto primordialmente técnico-assistencial destas, distinto do perfil reivindicatório, que exigia do Estado uma condução das políticas públicas mais democrática e participativa. O que, então, almejava-se era que, junto das mudanças no tratamento psiquiátrico, houvesse transformações na própria sociedade.

Uma das situações deflagradoras para a formação do primeiro movimento sócio-político na saúde mental brasileira teve seu início no final da década de 70 em decorrência da crise do órgão público DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)<sup>52</sup>. Esta crise foi desencadeada por denúncias de profissionais<sup>53</sup> contra o descaso e má qualidade da assistência pública nos principais hospitais psiquiátricos administrados pelo Governo Federal. Estes profissionais buscaram o apoio de várias instituições sociais. Estava, assim, em formação o *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*,

<sup>51</sup> Para maior detalhamento da História do MTSM consultar Amarante (1995).

<sup>52</sup> Este órgão surge sob a influência da psiquiatria preventiva americana. (Amarante, 1995:106)

<sup>53</sup> Em sua maioria profissionais de fóruns recém construídos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que surgem em meados de 70. Organizam-se para discutir as políticas de saúde. (Amarante, 1995:94)

“cujo objetivo é constituir-se em espaço de luta não institucional, em *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 1995:58, grifo do autor).

Para Lougon e Andrade (1995), o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria será o primeiro espaço aonde ocorrerá a agregação Nacional do MTSM. Organizando-se em manifestações pelo Brasil, os profissionais militantes realizam o I Encontro Brasileiro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em outubro de 1978, em Camboriú, Santa Catarina. Encontro realizado ao mesmo tempo do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, na mesma cidade.

Esta primeira fase de constituição da Reforma foi chamada por Delgado (1992c:49-50) de “período germinativo” (1978-1987). Ele destacou o aspecto corporativista da luta, nesse primeiro momento (a reivindicação maior era por condições de trabalho, o aumento de recursos humanos nos hospitais), sendo influenciado tanto pelo Congresso Brasileiro de Psiquiatria que citamos acima, como pelo I Congresso Brasileiro de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em São Paulo, em 1979, e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, onde houve fortes denúncias à violência nos manicômios<sup>54</sup>.

Dando seqüência ao projeto de criação e ações estratégicas do movimento recém-nascido, ocorreu em 1979 o Encontro Nacional em São Paulo, sediado no Instituto Sedes Sapientis. Algumas propostas aprovadas foram:

“apoio e vinculação ao Movimento Popular pelas liberdades políticas e melhores condições de vida; entidades apoiarem MTSM; formas de encaminhamento de luta junto a setores populacionais, partidos políticos, igreja, ABI, OAB etc.; denunciar a violência que há em nome da psiquiatria, violando os direitos humanos (...)”. (Boletim do MTSM, 1980:06)

No Rio de Janeiro, a partir de 1978, o MTSM começa a se organizar. São realizadas reuniões e criadas comissões com o

“escopo de ultrapassar a mera denúncia dos abusos de que são vítimas TSM e pacientes das instituições psiquiátricas, mas com a finalidade de viabilizar a organização dos técnicos em cada setor de trabalho,

---

<sup>54</sup> Contribuindo também sobre a história da Reforma Psiquiátrica, Vasconcelos (1992) fala de quatro momentos marcantes: entre as décadas de 70 e 80 a formação do MTSM; a partir de 1982 com presença de algumas lideranças em cargos nas administrações públicas de saúde mental; quando surge a bandeira da Luta Antimanicomial pelo MTSM, culminando com o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, de 1989; implicam-se na luta alguns sindicatos e conselhos de profissionais, entidades científicas etc. Lembramos do texto de Bezerra (1994) que igualmente relata as circunstâncias do desenvolvimento da luta política na saúde mental.



vinculando-se externamente com suas entidades de classe e com o Movimento (...): incrementa-se a aproximação e a prática política comum com outros núcleos, entidades e organizações. A questão da saúde e a saúde mental em particular, vai assumindo seu território próprio, no contexto das reivindicações e lutas do movimento popular”. (Boletim do MTSM, 1980:01)

As primeiras lutas giram em torno dos direitos e dignidade dos trabalhadores em Saúde Mental e em defesa dos “doentes mentais”. Ambas bandeiras de luta convergiam para o enfrentamento do que chamavam de “formas de opressão”, que eram os atores sociais que sentiam-se acuados pela crescente política de saúde privatizante, refletindo diretamente nos espaços públicos. Eram profissionais reivindicando direitos trabalhistas nas clínicas particulares conveniadas, eram servidores públicos exigindo condições humanas de trabalho.

O teor político, consoante com outras lutas populares, tomou forma nas denúncias contra as instituições psiquiátricas e médicas. Os hospitais privados preocupavam-se com o aspecto administrativo-econômico da empresa, logo o valor da doença passava pelo lucro que se adquiria com ela. Os hospitais públicos cumpriam a função de *proteger a sociedade* dos ditos anormais, eximindo-se de responsabilidade sobre a vida dessas pessoas. As instituições médicas, como, por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (que foi criada na década de 60), relacionava a existência dos hospitais com a *competência* técnica dos médicos, porque eram representantes do discurso científico sobre a doença.

O Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em discordância com a ABP comentou sobre uma certa “inversão de valores”, em que a doença passou a falar mais do homem do que outros aspectos da sua história de vida.

“reconhecer como primeiro ato que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, suas necessidades e sua vida dentro de uma coletividade que se transforma para alcançar a satisfação destas necessidades e a realização desta vida para todos. Aqui está o significado da necessidade de uma tomada de consciência política em cada ação técnica. Isto significa entender que o valor do homem, são ou doente, vai além do valor da saúde ou da doença”. (Boletim do MTSM, 1980:05)

O MTSM<sup>55</sup> foi construindo uma identidade singular dos demais movimentos sociais. Motivados pela força política no campo da saúde estes personagens encenaram um novo papel. Paralelamente a uma psiquiatria que se pretendia científica e neutra, apareceu uma psiquiatria questionadora e inquieta quanto ao exercício de poder do seu saber. *Mentaleiros*,

---

<sup>55</sup> É importante assinalar que este movimento não era homogêneo. Havia diferenças de pontos de vista entre os profissionais que muitas vezes os colocavam em lados distintos. Logo, é mais correto falar não de um movimento homogeneamente organizado, mas sim de “movimentos” na Saúde Mental brasileira: “no sentido mesmo de algo que se move, que se transmuta e que possui diferentes facetas”. (Amarante, 1995:113)

assim foram chamados os profissionais da saúde mental com projeto de ação política. Este foi um termo cunhado em São Paulo, no ano de 1984, para definir os novos militantes da saúde:

“(...) nos, as pessoas que trabalhamos com o sofrimento psíquico e a loucura dos usuários e das instituições de saúde mental, mentaleiros lembra também metalúrgico e metalheiro, algo intenso, algo jovem”. (Órgão do Plenário em Saúde Mental de SP, 1987: 01)

## **2.2 - O Movimento da Luta Antimanicomial: a continuidade de um projeto - parceria entre usuários, familiares e profissionais.**

Em julho de 1987, em uma reunião paralela à I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, o MTSM ressaltou a importância deste movimento não ficar atrelado ao Estado e às instituições de profissionais - como os sindicatos - aproximando-se de outros movimentos sociais (MTSM, 1988). Os militantes não aceitavam que o movimento se transformasse numa entidade, institucionalizando-se. Lançaram, então, a proposta de que os estados brasileiros se organizassem em Núcleos, Plenárias, Fóruns Permanentes, etc., para o encaminhamento das críticas à assistência tradicional e de reivindicações dos profissionais e dos usuários.

Assim, é que, a partir de 1987, instaurou-se o segundo período da história da Reforma, segundo Delgado (1992c), quando a questão da cidadania e loucura tornou-se o tema principal. Para o autor, não bastaria a liberdade e o respeito ao louco, mas também mudar radicalmente tanto a assistência, como as legislações da *psiquiátrica penal e civil* em vigor: *“lugar onde os loucos são perigosos e interditos, o território da lei penal e da lei civil. Território distante, onde o ruído inquieto da reforma mal passa”*. (Delgado, 1992c:53)

As atuações dos *“mentaleiros”* eram reavaliadas e as estratégias ampliadas. Com o intuito de diversificar seu trabalho político o movimento abarcou também as produções culturais historicamente constituídas sobre a loucura. A II Conferência Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru - SP, em dezembro de 1987, deflagrou o novo percurso a ser trilhado pelo movimento político na saúde mental.

Com a presença de militantes de oito Estados (SP, RJ, MG, ES, GO, MT, RS, SC), somando 350 trabalhadores, foram feitas considerações como: a necessidade da ampliação do movimento nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; o compromisso da luta contra a exclusão e a discriminação; a ênfase da luta no fim da instituição manicomial; a escolha de uma data nacional comemorativa do lema implementado neste momento - o dia 18 de maio.

Desencadeou-se a primeira manifestação pública do movimento com o teor antimanicomial<sup>56</sup>. E foi construído, ao final do encontro, o *Manifesto de Bauru* com a palavra de ordem: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios!” Nesse momento, intensificou-se o discurso político de cidadania ao lado de uma assistência diferenciada, implicando a realização de outras lutas, agora, fora do espaço institucional. (Amarante, 1995 e 1997)

Sobre o significado das “comemorações” em dezoito de maio, uma liderança dos usuários comenta a relevância desta data como ponto de partida para uma reviravolta cultural e política na saúde mental:

“(...) é importante que nós tenhamos sem mente que é a libertação da pessoa, que é a emancipação da pessoa, que é a luta pela vida, pela integração social. É isso que marca essa data. E nós queremos fazer dessa data uma data permanente. Não só o dezoito de maio, mas todos os meses, todos os anos, sempre marcando uma integração e uma celebração por estarmos vivos e estarmos aproveitando a vida em liberdade e não segregados num manicômio (...) ninguém vai resolver a questão primeiro segregando, confinado e guardando longe de si, fora dos olhos das pessoas”. (Fernandes)<sup>57</sup>

Enfocando a incapacidade de “cura” dos manicômios, por serem na verdade lugares de abandono e produção de pessoas com enfermidade crônica, analisou-se a necessidade deles serem extintos. Nesse contexto da discussão, surgiu a questão do que poderia substituir tais asilos, quais seriam as novas modalidades de tratamento? E qual o destino dos internos junto à sociedade? Uma das respostas foi assumir o desafio de estender esta discussão para toda sociedade.

“(...) inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerência tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e a violência. O compromisso estabelecido pela luta-antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania do doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários Estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da organização do TSM, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a Mercantilização da Doença; contra uma reforma sanitária privatizada e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos servidores públicos; pelo dia Nacional de Luta Anti-manicomial em 1988”. (MTS, 1988:2)

<sup>56</sup> Este acontecimento foi documentado pelo jornal “O Diário de Bauru”, de 06/12/87, sob o título: “Pelas ruas da cidade, congressistas defendem o fim do manicômio”.

<sup>57</sup> Fala firme e emocionada de Graça Fernandes na mesa de debate sobre “A Reforma Psiquiátrica e Intervenção Cultural”, realizada em comemoração ao dia nacional da luta antimanicomial, o dia 18 de maio de 1999.

Instaurou-se um novo momento para o MISM. Conscientes de que as questões que diziam respeito à saúde mental ultrapassavam aspectos médicos, assistenciais e terapêuticos, estes aspectos comumente relacionados com o projeto social burguês, o movimento toma um rumo mais amplo, isto é, ele se lança na sociedade e tenta desvelar e acabar com as instituições manicomiais<sup>58</sup>.

“Manicomial é um velho conhecido nosso, surgiu antes da psiquiatria, e fomentou a necessidade de um arcabouço teórico que pudesse dar-lhe um caráter não carcerário, “inventou” os psiquiatras, que “inventaram” os diagnósticos (...) na cidade de Bauru, um Congresso, (...) e nos discutimos a saúde mental e os nossos trabalhos, e acabamos por consolidar uma idéia, precisamos desde já caminharmos pela Construção de uma Sociedade Sem Manicômios, onde se estabeleça uma nova ordem na relação da loucura com o dito real, e uma mudança nas novas práticas profissionais (...) a camada de bolor sobre a cultura da loucura e do manicômio é muito espessa e não se remove de uma hora para outra (...) Cansamos da nossa própria infelicidade de trabalharmos como mecânicos de manutenção de personalidade (...) nossa luta não se resume apenas à construção de uma nova ordem social, queremos ir além, queremos tratar os “loucos” sem a presença incômoda dos manicômios (...) (Gaspar, 1988: 3-4)

O conteúdo das discussões nos Seminários Nacionais buscavam constituir modos de intervenção no campo social que criassem possibilidades de uma sociedade sem manicômios. Para tanto, seria necessário aprofundar o sistema teórico e prático dominante e dar vazão à luta pelos direitos dos doentes mentais na sociedade.

Em 1989, o movimento criou a “Comissão Cidadania e Loucura” com o objetivo de fortalecer o debate sobre mudanças necessárias na legislação psiquiátrica, incluindo a revisão dos artigos dos códigos penal e civil relativos à inimputabilidade, periculosidade e incapacitação dos doentes mentais, além de dar condições de que os pacientes vítimas de violência psiquiátrica recebessem assistência jurídica em casos de “*internação compulsória, maus tratos e violência manicomial, interdição, uso inadequado de serviços terapêuticos etc...*” (MTSM, 1989)

Mais de vinte anos depois de reuniões, discussões, práticas reivindicatórias, já é possível observar mudanças no campo assistencial, legislativo, cultural de alguns estados e cidades brasileiras. O movimento social na saúde mental, agora designado como Movimento da Luta Antimanicomial, é agora reconhecido como um aglutinador de forças políticas em torno do tema da Reforma Psiquiátrica. As lutas passam a ser muitas: contra a exclusão,

<sup>58</sup> Conferir a reportagem. “Burocratas na Mira – Ganha força no Brasil um movimento de profissionais de saúde mental pelo fechamento dos hospícios”. (Jornal do Brasil, 04/06/89)

contra o preconceito, contra a “privatização”<sup>59</sup> e a favor da liberdade, pela cidadania e direitos. Compõem esse “novo” movimento tanto os profissionais da saúde - atualmente sem a hegemonia médica - quanto os usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, que surgem em contextos específicos da luta.

Como tentamos mostrar o MISM se organizou no contexto de formação de outros movimentos populares e particularmente do movimento de reforma na saúde. Todos estes expressando suas carências e indignações, atuando sobre “fatalidades” e o estado de natureza na vida de pessoas e grupos sociais.

O que eram *poucas* vozes nos serviços, nas associações, tornaram-se  *muitas* no Movimento Social. O *protagonismo*<sup>60</sup> de usuários, familiares e técnicos no campo da Reforma Psiquiátrica passou a ter visibilidade no espaço público e, com isso, aumentou o poder de força pela causa cidadã. São pessoas e grupos que encontraram na década de 90 a possibilidade de se constituírem, mesmo diante de uma realidade sócio-político-econômica, de modelo neoliberal, sem estímulo aos movimentos sociais reivindicatórios na luta por direitos de pessoas excluídas e/ou marginalizadas.

Parece não haver dúvidas no campo teórico e prático da saúde mental quanto à influência do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MISM) para a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Lougon e Andrade (1995:516) e Fernandes (1995:113), este movimento é um “ator privilegiado”. Sua transformação em Movimento da Luta Antimanicomial<sup>61</sup>, ampliando os protagonistas desta história, o tornou mais privilegiado ainda.

Paralelamente ao Movimento da Luta Antimanicomial começaram a ocorrer Encontros Nacionais de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial<sup>62</sup>. Este acontecimento demonstrou a ânsia destes segmentos por estarem organizados e terem um

<sup>59</sup> Palavra utilizada por uma liderança dos usuários, em espaços públicos, para se referir à prisão manicomial, institucional, subjetiva, como oposição à liberdade.

<sup>60</sup> Na palestra proferida por Ernesto Venturini (psiquiatra italiano), na Universidade Federal Fluminense, em Niterói, no dia 19/10/99, sobre o tema da Reforma Psiquiátrica Italiana e Efeitos no Brasil”, ele declara que o mais importante capital social envolvido na saúde é o cidadão atuando na gestão, sendo protagonista dos problemas da saúde. Assim, por exemplo, ele pode assumir a sua própria “reabilitação” no social, podendo participar e decidir sobre o que fazer com sua “cura”. Acrescentando a informação: o próximo Encontro Nacional está previsto para o ano de 2001, na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

<sup>61</sup> É válido lembrar que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, já com a participação de usuários e familiares de saúde mental, tem no seu currículo quatro Encontros Nacionais. O primeiro foi realizado no ano de 93, em Salvador/BA, o segundo em Belo Horizonte/MG, em 1995, o terceiro em Porto Alegre/RS, em 1997, e o quarto e último realizou-se, no ano de 1999, em Paripueira/Alagoas. Acrescentando a informação, o próximo Encontro Nacional está previsto para o ano de 2001, na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

<sup>62</sup> Indicamos o texto de Fernandes (s/d, mimeo): “A Organização do Movimento de Usuários no Brasil”.

espaço próprio de discussão e decisão, sem interferência, principalmente, dos técnicos, apesar destes também participarem dos encontros. Basaglia (1979) chama a atenção para a importância da existência das organizações de usuários.

“Não são palavras paternalistas, mas as organizações de pacientes têm um papel de força e originalidade. O fato de facilitar a formação de grupos políticos por parte dos pacientes, é muito importante para a prática da assistência, é uma verificação essencial ao trabalho do psiquiatra que deseja mudar”. (Basaglia, 1979:130)

O movimento organizado dos usuários e familiares de saúde mental no Brasil surgiu um pouco mais tarde do que as experiências americanas e européias. Nos EUA, os grupos de “clientes” ou “sobreviventes”<sup>63</sup> e familiares se caracterizaram por estarem em lados diferentes, empreendendo lutas específicas<sup>64</sup>.

Existem ainda movimentos de usuários na Inglaterra, Itália, Holanda. Cada um de acordo com a conjuntura favorecedora para este tipo de lutas nos diversos países. (Andrade, 1995:516-517)

Abriremos um parêntese para relatar a organização do movimento americano nos EUA. Segundo Chamberlain (1997)<sup>65</sup>, o movimento surgiu da percepção dos usuários de que não são tão frágeis como os profissionais os supunham: “*ex-pacientes se encontram para validar nossa própria dor e raiva (...) Dessa raiva, nasce a ação*” (Chamberlain,1997:121). Através da militância e de grupos de suporte-mútuo ou de auto-ajuda e ajuda-mútua (Weingarten,1997), repensaram sua história e implementaram intervenções no campo psiquiátrico<sup>66</sup>. Ela deixa claro que os pacientes nunca foram omissos em relação aos maus tratos recebidos: “*Desde que existem as instituições psiquiátricas existem as queixas dos*

<sup>63</sup> Os americanos não utilizam o termo usuário, que está vinculado aos de usuários de drogas ilícitas. (Chamberlain,1998)

<sup>64</sup> Os familiares, por exemplo, organizaram-se a partir da política de desospitalização americana, na década de 60. Eles acreditavam na existência da “doença mental” como um problema puramente biológico, cabendo ao médico o dever da cura. Em relação ao movimento de usuários nos EUA, que surgiu na década de 70, havia certa desconfiança em relação aos médicos e seus instrumentos de intervenção. A luta travava-se pela lembrança da história como paciente psiquiátrico internado em hospícios. Tal lembrança os munia de força para a luta por direitos e dignidade, com acesso a espaços sociais de poder de decisão que pudessem ajudá-los na defesa da causa não biológica da doença mental, na reivindicação de verbas para o movimento de usuários e alternativas de tratamento etc.

<sup>65</sup> Entrevista concedida a Maurício Lougon e Márcia Andrade.

Há alguns anos, no sentido da organização em ajuda-mútua, se reúnem num centro chamado “National Empowerment Center”, onde podem exercer um determinado poder e ação: “*acreditávamos que o aumento de poder era a questão chave para pessoas que haviam experimentado tratamento e rótulos psiquiátricos. Nós definimos aumento de poder como o processo no qual pessoas, trabalhando com outras pessoas como elas, recuperam um sentido de controle e posse de suas próprias vidas*”. (Chamberlain, 1998:06-07)

*pacientes, embora suas vozes no passado tenham sido reduzidas ao silêncio*". (Chamberlain, 1997:123).

No Brasil, através das discussões desenvolvidas por profissionais, algumas vozes de usuários se fizeram ouvir. Posteriormente, surgiram as vozes dos familiares no movimento, intensificando-se com o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Estamos falando do final dos anos 80, quando as *bases sociais* da luta antimanicomial são ampliadas.

Nos dias atuais, o Movimento da Luta Antimanicomial, constituído por três segmentos produtores do campo da saúde mental - usuários, familiares e técnicos -, permanece criando espaços de reivindicação, não mais, apenas, para melhorias do tratamento nos hospitais. As lutas assentam-se na criação e legitimação da legislação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos<sup>67</sup>; na participação em fóruns de discussão como os Conselhos de Saúde, pressionando e negociando com o Estado; na ação assistencial e cultural cotidiana dos novos serviços, visando à modificação no entendimento e intervenção sobre a loucura. Contam com o apoio incessante dos Conselhos e Sindicatos profissionais - de psicologia, de serviço social, de terapia ocupacional, de sindicatos médicos.

A partir de um olhar *de fora* do movimento, sua organização chama atenção pela riqueza e profundidade das propostas que muitas vezes balançam alicerces sólidos das instituições sociais. Porém, o olhar *para dentro* do movimento é revelador de impasses entre os segmentos, com alguns conflitos e divergências.

A luta antimanicomial pode ser identificada na sua complexidade justamente porque diversas vozes e pessoas com as mais diversas experiências de vida falam e se fazem ouvir. Isto naturalmente possibilita disputas, discordâncias, impasses. Na verdade, é um movimento que se institui pela recriação nas relações interpessoais, interinstitucionais, interprofissionais, intersegmentos, etc.<sup>68</sup>. Está construindo uma nova história na psiquiatria, onde todas as

---

<sup>67</sup> Segundo informações de Farias (1999:07), atualmente, o Ministério da Saúde gasta "370 milhões com internação psiquiátrica e 18 milhões com a remuneração de serviços substitutivos". Dados que revelam apenas o início de um longo caminho.

<sup>68</sup> Neste trabalho, entendemos que a aparente divisão de que o mais importante são as transformações dentro dos serviços, nos espaços micros ou de que a prioridade deve ser a ação política da reforma psiquiátrica de atuação macro, não é empobrecedora da reforma, pelo contrário, entendemos que cada personagem desta história terá uma habilidade maior produtora de mudanças. Deste modo, não descartamos a idéia de que o dia-a-dia de um serviço assistencial pode ter características políticas quando faz deste cotidiano um permanente repensar das terapêuticas, das relações entre profissionais e usuários e na relação destes com a comunidade e demais fóruns relacionados ao movimento antimanicomial. Assim como a militância política tem características terapêuticas para seus membros, não no sentido do terapêutico que depende de elaboradas teorias, técnicas profissionais, mas sim no sentido de que terapêutico são as relações políticas - não necessariamente partidárias - as relações humanas, as relações de solidariedade, as relações que permitem o embate entre seus membros porque entende que na divergência de idéias está a conquista de lugares que respeitam as diferenças entre os homens. Ou seja,

esferas deste campo estão sofrendo rupturas. Claro que em alguns espaços mais e outros menos, mas este é o desafio de quem pretende transformar algo. É preciso que cada ator saiba sair de suas próprias armadilhas, compreendendo que as contradições fazem parte de todo processo dinâmico de um movimento que se quer democrático.

As novas vozes ressonantes nos espaços da saúde mental, principalmente as oriundas dos usuários causam surpresas, repulsas, admiração, negação. As certezas científicas sobre a doença mental têm seus alicerces balançados justamente pelas falas das suas "vítimas", importantes produtores de outros modos de estar e pensar a sociedade, quando não aceitam mais o abafamento de suas falas e nem GRITAM por compreensão, mas sustentam sua presença no diálogo exigente e comprometido, estão, talvez, na condição de sujeitos políticos.

"O discurso que revela a ação revela também o seu sujeito" (Sader, 1995:57) (...) "Constitui-se um novo sujeito político quando emerge uma matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articulá-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados. (Sader, 1995:60)

Assim, a postura crítica sobre a sociedade e suas instituições, cultivada na participação de espaços coletivos, faz com que seja resgatada a cidadania de todos na luta por um novo paradigma, onde os lugares do "louco", dos técnicos são reformulados: o médico não mais apenas prescreve, o psicólogo não apenas escuta, o assistente social não só consulta famílias, o terapeuta não só "reabilita", o enfermeiro não mais fiscaliza e controla. Todos atuam, mas de outros modos, sustentados por outros entendimentos da sua intervenção sobre o "paciente", como nos mostra a experiência italiana.

A novidade da Reforma Psiquiátrica é a interrelação (ou interpelação?) entre vários saberes - por isso seu discurso hoje é predominantemente interdisciplinar. As práticas se multiplicam desde os espaços ambulatoriais aos espaços comunitários, nos Conselhos profissionais, sindicais etc. Os saberes são colocados "entre parênteses" e o conhecimento teórico abre espaço para o conhecimento produzido pela experiência de vida dos usuários. A vivência da doença não sendo só interpretada pela fala do especialista, mas podendo ser relatada pelo próprio usuário de saúde e assim ser reconhecida como legítima. Afinal,

---

terapêutico porque oferece qualidade de vida e sentido para o estar no mundo, independente da competência das especialidades profissionais. Por isso, construímos nosso trabalho entendendo que o movimento antimanicomial é um dos alimentos mais importante para a reforma psiquiátrica, pois os alicerces produzidos por ele permitem que as divergências na reforma sejam para fortalecer e caminho para transformar a realidade e não sucumbir aos novos modos de autoridade que podem ser construídos no cotidiano de espaços reducionistas.



“a categoria de construção desigual do conhecimento tem como implícito origem, histórias e formações diferentes entre uma liderança popular [incluimos aqui o usuário de saúde mental] e um profissional universitário. A construção desigual indica “diferenças nos saberes” e não necessariamente uma hierarquia dos saberes”. (Valla, 1996:06)

A luta antimanicomial, nesse sentido, é fortalecida, torna-se consistente na explicação de uma situação concreta. Assim, sintonizados com Chauí (1988:13), percebemos este movimento e tantos outros “*como fontes populares de informação, aprendizado e conhecimento políticos que tendem a ser ampliados e redefinidos pela própria prática e dinâmica*”.

A criação de novos e a manutenção de possíveis futuros movimentos sociais são de suma importância para a transformação das instituições de saúde mental, dos valores e preconceitos sociais/culturais sobre a loucura, para as mudanças de outras instituições do sistema. Há um incentivo para a organização de outros grupos compreendidos como movimentos sociais, pois estes grupos têm a capacidade de produzir “outros modos de subjetivação e existência, através das suas lutas (Aguiar, 1997). Participação que fortalece, amadurece, dá sentido de vida, sendo reconhecido o valor da luta de cada um e de todos juntos.

“nosso presente nos desafia a forjar alianças, solidariedade, agenciar mundos e abrir passagens. A dar atenção ao que foi esquecido, intensificando o encontro. Escolher trilhas e construir aldeias. A conhecer outra ordem. E, na invenção de outros modos de referência, transformar o mundo...” (Aguiar, 1997:99)

As dificuldades para a manutenção de um movimento social com força política de ação pode ser que dependa de dois aspectos, dentre outros, citados por Chamberlain (1997): um está relacionado à avaliação de que, apesar de existirem inúmeras associações de usuário, poucos são os que possuem consciência de fazer parte de um movimento maior da psiquiatria; o outro aspecto destaca a necessidade do movimento de usuários de saúde mental unir-se a outros movimentos com demandas parecidas como o dos movimentos de deficientes, ampliando o campo de força social e possibilitando maiores conquistas.

Acreditamos que o reconhecimento da sociedade para as causas dos usuários de saúde mental dependerá do modo como estes se organizam e atuam coletivamente entre si, como divulgam seus interesses nos fóruns populares, na mídia, nas instâncias governamentais etc. A prática da cidadania exigirá, então, o enfrentamento político como estratégia para alcançar *conquistas* importantes na sociedade. Manzini-Covre (1996), chama nossa atenção para o fato de que

“As pessoas tendem a pensar a cidadania apenas em termos dos direitos a receber, negligenciando o fato de que elas próprias podem ser o agente da existência desses direitos. (...) é preciso trabalhar para conquistar esses direitos. Em vez de meros receptores, são acima de tudo sujeitos daquilo que podem conquistar. Desse modo, penso que a cidadania é o próprio direito à vida no sentido pleno. Trata-se de um direito que precisa ser construído coletivamente, não só em termos do atendimento às necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o papel do(s) homem (s) no Universo”. (Manzini-Covre, 1996:11)

Pensamos também na própria participação dos novos protagonistas. E perguntamos aqui como e aonde incentivar a ação política destes. Será que, no Brasil, o que até agora vem constituindo são incentivos a grupos ou associações *com* “usuários” e não *de* “usuários”? E qual é a responsabilidade para que a luta política pela cidadania e inserção social faça parte também do cotidiano destes? São questões que tentaremos entender a partir dos próprios “usuários” na sequência deste estudo.

No próximo capítulo tentaremos explorar um pouco as noções de inserção social e cidadania no contexto da crise da sociedade salarial e do contrato social, implicando o possível aumento da exclusão social. Diante disto, como pensar um novo lugar social para a loucura?

## CAPÍTULO III

### LOUCURA E INSERÇÃO SOCIAL: DESAFIOS NA PRODUÇÃO DE CIDADANIA

#### 1 – O contrato social na sociedade salarial: o processo de inclusão e exclusão social.

Iniciamos este capítulo procurando entender o que Santos (1998a) denomina de “crise do contrato social”. Não seria errôneo afirmar que, nos últimos tempos, as sociedades ocidentais têm passado por inúmeras mudanças, envolvendo as instâncias sociais, econômicas, políticas. No entanto, o que tais mudanças trazem de *progresso* e inovação nestes tempos é um avanço em termos de maior tecnologia, avanço científico em várias áreas, desenvolvimento científico, etc., ao mesmo tempo colabora para o aumento de desemprego, redução de salários, perda de garantias de trabalho e proteção das instituições estatais, contribuindo para um crescente processo de empobrecimento, marginalização e exclusão de parte da população nas grandes cidades.

Considerando o processo histórico, observamos que uma das características do mundo moderno no ocidente foi a formalização do *Contrato Social*<sup>69</sup>. Este, ao criar critérios de inclusão social de algumas pessoas, permitiu também a exclusão de outras. São critérios que privilegiaram indivíduos com atribuições e interesses no espaço público, submetidos às leis do Estado; eram homens reconhecidos como cidadãos, mas apenas alguns. Este tipo de *contrato* se estabeleceu na

“tensão dialéctica entre regulação social e emancipação social que se reproduz pela polarização constante entre vontade individual e vontade geral, entre o interesse particular e o bem comum. O Estado nacional, o direito e a educação cívica são os garantes do desenrolar pacífico e democrático dessa polarização num campo social que se designou por sociedade civil”. (Santos, 1998a:05-07)

Atualmente, é comum ouvirmos pessoas que reclamam sobre a necessidade de se construir *contratos* mais humanos nas relações sociais, trabalhistas, políticas estatais, justo

<sup>69</sup> Segundo Vieira (1997:19) “A tese do contrato social como explicação lógica da origem do Estado e do Direito teve ampla repercussão nos séculos XVII e XVIII. A idéia de que os homens podem organizar o Estado e a sociedade de acordo com sua vontade e razão, desconsiderando a tradição e os costumes, foi uma das grandes bandeiras do Iluminismo”.

numa conjuntura onde a aliança do mercado com o Estado dificulta tanto a consolidação deste tipo de contrato quanto a luta em sua defesa pelos movimentos sociais e seus representantes. Na visão de Santos (1998a:24), a questão do contrato social nos dias de hoje se dá de duas formas: através do *pós-contratualismo*, que é um “*processo pelo qual grupos e interesses sociais até agora incluídos no contrato social são dele excluídos sem qualquer perspectiva de regresso. Os direitos de cidadania, antes considerados inalienáveis, são-lhes confiscados*”; e pelo *pré-contratualismo*, que “*consiste no bloqueamento do acesso à cidadania por parte de grupos sociais que anteriormente se consideravam candidatos à cidadania e tinham a expectativa fundada de a ela aceder*”.

Um dos problemas apontados pelo autor é que alguns grupos sociais que se consideram ameaçados pela iminência do “pós-contratualismo”, na verdade, nunca saíram do “pré-contratualismo”. Santos (1998a), deste modo, argumenta que se

“hoje muitos trabalhadores que entram no mercado de trabalho já entram sem direitos, são incluídos segundo uma lógica de exclusão. Muitos outros nem sequer conseguem entrar no mercado de trabalho e essa impossibilidade, se para alguns é conjuntural e provisória, é para outros estrutural e permanente (...) estamos perante uma situação de pré-contratualismo sem qualquer possibilidade de transitar para uma situação de contratualismo” (Santos, 1998a:29)

O estado democrático atual exigirá, portanto, a conformação de um novo tipo de *contrato social*, exigindo a invenção de novos princípios e regras que possibilite a inserção de todos na sociedade.

Procurando entender a questão do trabalho numa sociedade salarial em mudanças, ocorrendo em consonância com a discussão da *crise do contrato social*, Castel, a partir do seu estudo sobre o Estado Francês, produz uma análise sobre a situação atual de

“desmontagem desse sistema de proteções e garantias que foram vinculadas ao emprego e uma estabilização, primeiramente da ordem do trabalho, que repercute como uma espécie de choque em diferentes setores da vida social, para além do mundo do trabalho propriamente dito”. (Castel, 1997a:165-166)

O que passa a se configurar nesta nova realidade é o agravamento da sociedade salarial e seus instrumentos de proteção ao trabalho. Algumas considerações são realizadas por Castel (1997a:167). Ele resgata a idéia de que, a partir do século XIX, com a industrialização na Europa, o trabalho passou a ser considerado emprego a ser protegido e determinante de status na sociedade. Surgem os assalariados, aqueles que oferecem aos trabalhos mais degradantes sua força física ou *mão de obra* e, com ela, produz seus ganhos. Assim, ao longo do século, o assalariamento ganha reconhecimento e coloca-se como forte

recurso contra a pobreza nas crescentes cidades urbanizadas. Vai surgindo daí a idéia de “sociedade salarial”.

“Uma sociedade salarial é sobretudo uma sociedade na qual a maioria dos sujeitos sociais têm sua inserção social relacionada ao lugar que ocupam no salariado, ou seja, não somente sua renda mas, também, seu *status*, sua proteção, sua identidade. Poder-se-ia dizer que a sociedade salarial inventou um novo tipo de segurança ligada ao trabalho, e não somente à propriedade, ao patrimônio. Porque, antes do estabelecimento dessa sociedade salarial ser protegido era ter bens”. (Castel, 1997a:169, grifo do autor)

O *emprego* torna-se o “motor natural” do viver das pessoas (Forrester,1997:07). Ele oferece direitos mínimos ao trabalhador, como proteções sociais e garantias para o futuro pela seguridade social. Castel e Forrester mostram que a sociedade francesa, amparada por este modelo progressista do trabalho, encontra nesta última década o seu desmantelamento. São os efeitos da concorrência mundial que desvaloriza a força de trabalho, ou seja, paga menos por ela e exige cada vez mais uma produção e efetividade maior.

Castel (1997a:173) fala de uma certa flexibilização do trabalho, pelo agenciamento de novas regras, em que são poucas as pessoas que conseguem permanecer. No entanto, quem permanece começa a trabalhar em condições precárias, incluindo a perda das conquistas trabalhistas ao longo do século já consideradas naturais.

Com a adaptação às novas regras, justamente porque não há *lugar* para todos no desemprego<sup>70</sup>, e aqui falamos de trabalhadores, até recentemente considerados estáveis, de todas as categorias profissionais. Esta situação de falta de trabalho/emprego cria a “desestabilização dos estáveis”, afetando todos os campos da sua vida. A oportunidade laborativa passa a depender da *habilidade inventiva* de cada um.

Caso outras oportunidades não surjam, o desempregado, sem recursos materiais e/ou afetivos, passa a depender de “coletivos protetores”, quer dizer, “dispor de um suporte de proteção, de participação em solidariedades coletivas” (Castel, 1997a:178). Ele torna-se um “sobrante”, pessoa que estando na sociedade, com condições plenas para o trabalho, não tem perspectiva de obtê-lo, não consegue ser nem mesmo *mão de obra barata*. Simplesmente está por aí, sem chances, inutilizado pela desestabilização do sistema salarial. Esta nova realidade que se impõe, não raro, o faz sentir-se vítima de si mesmo.

<sup>70</sup> Singer (1999:29), ao invés de “desemprego”, prefere falar em “precarização do trabalho”, um processo que se intensifica a partir da década de 80 no Brasil: “a precarização do trabalho inclui tanto a exclusão de uma crescente massa de trabalhadores do gozo de seus direitos legais como a consolidação de um ponderável exército de reserva e o agravamento de suas condições”.

Estamos lidando com ex-empregados que permanecem inseridos na sociedade, porém não integrados a ela. Integrado no sentido de “*estar inserido em relações de utilidade social, relações de interdependência com o conjunto da sociedade*”. (Castel, 1997a:180)

As palavras de Forrester (1997) nos ajudam a redimensionar esta situação.

“Entre os despossuídos e seus contemporâneos, ergue-se uma espécie de vidraça cada vez menos transparente. Como são cada vez menos vistos, como alguns os querem ainda mais apagados, riscados, escamoteados dessa sociedade, eles são chamados de *excluídos*. Mas, ao contrário, eles estão lá, apertados, encarcerados, *incluídos*, até a medula! Eles são absorvidos, devorados, relegados para sempre, deportados, repudiados, banidos, submissos e decaídos, mas tão incômodos: uns chatos! Jamais completamente, não, jamais suficientemente expulsos! Incluídos, demasiado incluídos, e em descrédito”. (Forrester, 1997:15, grifos da autora)

Esta autora desenvolverá sua análise entendendo que a transformação do trabalho em emprego gera hoje a falta de esperança e de crença do homem nele mesmo, encarando esta situação, não apenas como vergonha, mas também como culpa sua. O emprego é encarnado na sua história de vida como única forma de labor, sem ele o fracasso torna-se individual, ou seja, não é um fato comum, é sim um problema de cada um, da sua responsabilidade a sua passagem para uma vida de miséria. O direito de viver com dignidade fica ameaçado. Diante deste quadro avassalador, qualquer atividade laborativa é ganho, *mendiga-se* por ela. Esta situação produz o homem envergonhado de si, sentido como incapacidade para manter-se na sociedade.

“Um desempregado, hoje, não é mais objeto de uma marginalização provisória, ocasional, que atinge apenas alguns setores; agora, ele está às voltas com uma implosão geral (...) que não visam ninguém em particular, mas aos quais ninguém pode resistir. Ele é objeto de uma lógica planetária que supõe a supressão daquilo que se chama trabalho; vale dizer, empregos” (...) [quanto ao desempregado] “São levados a se considerar indignos dela, e sobretudo responsáveis pela sua própria situação, que julgam degradante (já que degradada) e até censurável. Eles se acusam daquilo de que são vítimas. Julgam-se com o olhar daqueles que os julgam, olhar esse que adotam, que os vê como culpados, e que os faz, em seguida, perguntar que incapacidade, que aptidão para o fracasso, que má vontade, que erros puderam levá-los a essa situação. (...) Eles se criticam - como são criticados - por viver uma vida de miséria ou pela ameaça de que isso ocorra”. (Forrester, 1997:11-12)

O lugar de vítima aos seus próprios olhos, enfraquece sua indignação e sua luta; o lugar de marginal aos olhos da sociedade de mercado, que se desfaz das “sobras”, fortalece o processo de exclusão.

Entendemos a questão da exclusão como uma trama complexa no social: ela não é só fruto do projeto neoliberal, nem um simples produto político ou efeito do modelo econômico vigente (Sader et alii, 1998:140). A simples menção da existência a algum tipo de exclusão deve ser avaliada não como: *A exclusão. E ponto!* É preciso apreender os diversos processos

que confluem para uma determinada situação denominada de excludente. Por trás do que se chama de *A exclusão* existem as contradições, as injustiças, os riscos, as opressões presentes de vários modos numa sociedade específica. Segundo Castel, “*falar em termos de exclusão é rotular com uma qualificação puramente negativa que designa a falta, sem dizer no que ela consiste nem de onde provém*”. (Castel, 1997b:16-19)

Como dito acima, Castel (1994) nos tem alertado para algumas mudanças no quadro social francês. Algumas categorias utilizadas por ele, para melhor entendermos a pintura deste novo quadro, podem nos auxiliar a pensar a realidade brasileira. Ele dimensiona na sociedade francesa quatro zonas distintas: zona de integração, de vulnerabilidade, de assistência e de desfiliação.

“Estar dentro da *zona de integração*<sup>71</sup> significa que se dispõem de garantias de um trabalho permanente e utilizar suportes relacionais sólidos; a *zona de vulnerabilidade* associa precariedade do relacional; a *zona de desfiliação* conjuga ausência de trabalho e isolamento social, ou seja, da dependência segurada e integrada, diferente ao mesmo tempo da zona pelo trabalho e da zona de exclusão pelo não-trabalho e pela não-inserção (desfiliação). O cruzamento dos dois eixos trabalho/não-trabalho e inserção/não-inserção relacional define assim quatro zonas, ou seja, quatro modalidades da existência social segundo uma degradação que vai de um pólo de autonomia a um pólo de dependência, ou ainda de um pólo de estabilidade a um pólo de turbulência máxima.” (Castel, 1994:30-31, grifos do autor)

A exclusão, garantida sua particularidade nos diferentes grupos sociais que atinge, está definida na zona da desfiliação, efeito direto do processo de precarização do trabalho e de redes relacionais instáveis que são desencadeadas no seio da sociedade e não fora dela. O processo de exclusão é decorrente de trajetórias, de processos históricos amplos e locais; é parte de uma onda global que avassala o trabalho na sua figura de emprego.

Castel também nos alerta para duas distinções que podem ser feitas neste contexto, a de exclusão e a de marginalização. A exclusão estaria relacionada a grupos que sofrem discriminações históricas, já a marginalização deriva do processo de desmonte das condições de trabalho e das relações sociais (Castel, 1997b:41). Neste caso, é preciso alertar para o fato de que a questão da loucura, foco deste estudo, continua a fazer parte do processo de exclusão gradual da sociedade. Devemos estar atentos a esta interpretação para pensar nos *excluídos* que querem deixar de sê-lo num contexto de produção indiscriminada de *margens sociais*. Pessoas que, mesmo consideradas *normais* neste processo sócio-político-econômico, podem ser discriminadas e privadas de direitos no corpo social.

<sup>71</sup> Castel (1996:06) considera que a inserção profissional de uma pessoa só se concretiza pela sua integração no trabalho. Assim, os desempregados encontram-se inseridos socialmente, mas sem estarem de fato integrados, são pessoas sem lugar estável na sociedade, mas também ainda sem serem excluídas.

A situação de privação torna-se possível na comunhão de dois vetores: “um eixo de integração/não-integração pelo trabalho; um eixo de inserção/não-inserção em uma sociabilidade sócio-familiar” (Castel, 1994:23). Na fragilidade desses vetores a pessoa pode na situação de pobreza, pela falta de trabalho, cair na rede que captura os desfiliados, quando o vínculo com o social - representado pelos laços de proximidade e afetividade com a família e amigos - sofre uma fratura, isolando a pessoa. Estamos aqui diante do que Castel (1997c) nomeou de “advento do individualismo negativo”.

“quando as pessoas se desligam da proteção geral ou da participação nos grandes coletivos, elas se tornam cada vez mais indivíduos, mas indivíduos sem suporte, e portanto desprovidos, que carregam a individualidade como um fardo (...) é inteiramente diferente do individualismo que se encontra na situação de isolamento e da complacência de si (...)”. (Castel, 1997c:07)

As perdas dos vínculos transportam o sujeito para uma situação de “flutuação” na sociedade, em que “o desafio contemporâneo da pobreza não será somente realçado distribuindo-se seguros, mas também esforçando-se para preencher o vazio social”. (Castel, 1994:23)

A tentativa francesa para superar este problema atual, oferecendo recursos que impeçam a chegada ao “vazio social”, foi criar o benefício da RMI (Renda Mínima de Inserção)<sup>72</sup>. É uma política de inserção, criando oportunidade para que desempregados, sem laços familiares e condições de moradia, consigam integrar-se através do trabalho, da aquisição de educação, da cultura etc., objetivando oferecer um alívio momentâneo àqueles que se encontram numa linha de fogo entre a vulnerabilidade e a desfiliação. Caracteriza-se como um projeto de “discriminação positiva”, justamente porque as políticas são criadas para dar conta do que é produzido por esta discriminação. Ela pretendia ser temporária, mas sua permanência mostra-se necessária e inquestionável (Castel, 1997b: 25-26).

Por ser apenas uma resposta pontual para um problema bem mais amplo, já que as conquistas dos trabalhadores encontram-se paradas, o RMI passa a ter um valor substitutivo às políticas sociais. Assim, a modalidade de intervenção sobre os problemas sociais, por ser de ordem técnica e não política, acaba sendo um paliativo, não resoluto, mas necessário diante do quadro nebuloso.

<sup>72</sup> Castel (1996) destaca que este projeto político inova quando engloba duas categorias de população que antes tinham projetos diferenciados, ou seja, busca dar cobertura tanto ao pobre inválido como ao pobre capaz de trabalhar, mas sem emprego. Apesar do caráter reparador que é a forma como ele entende o RMI, como política de discriminação positiva, pois tenta evitar a exclusão, o autor acha que isso não basta para mudar a situação dos



“espécie de princípio de economia no qual se podem encontrar justificativas: parece mais fácil e mais realista intervir sobre os efeitos de um disfuncionamento social que controlar os processos que o acionam, porque a tomada de responsabilidade desses efeitos pode se efetuar sobre um modo *técnico* enquanto que o controle do processo exige um tratamento *político*”. (Castel, 1997b:30, grifos do autor)

A realidade brasileira, na maior parte das vezes, firmou-se pela precariedade no trabalho da população da classe economicamente desfavorecida. Considerando que ainda convivemos com outras desigualdades como a de gênero, raça etc., isto faz com que a inserção social de grande parte da população ocorra com a ajuda do que Castel chama de zona assistência: ajuda financeira do governo, mesmo que precária, e ajuda de redes de apoio, oferecendo apoio informal e se mobilizando para evitar tragédias humanas.

Assim, então, da situação dos loucos de famílias pobres neste quadro. Não é incomum serem abandonados nos hospitais psiquiátricos, cabendo a estes viverem o processo de desfiliação. A doença, justificando a incapacidade laborativa e a exclusão asilar, facilita o rompimento dos vínculos externos com a família e a comunidade. A estes restaram as relações rotineiras do interior dos hospícios pouco acrescentando à sua vida, a não ser aprender a viver com o sofrimento.

## 2 - Sobre a inserção social: como fica a loucura?

O paradigma da atenção psicossocial que permeia o campo atual da saúde mental brasileira instaura a possibilidade concreta de construção de novas modalidades de contrato social para os “pacientes psiquiátricos”.

Há algumas décadas a inserção social do louco, se assim podemos falar, era prioritariamente realizada pela via da tutela, através das instituições médicas e jurídicas que detinham o conhecimento legitimado para falar e agir sobre ela, a subalternizando na relação de poder-saber. Relação que vem sendo combatida na militância de usuários de serviços de saúde mental. Segundo Fernandes,

“Uma das questões mais importantes para nós, usuários, é a partilha de um poder que está centrado nas mãos dos profissionais, principalmente o poder hegemônico do médico-psiquiatra. Queremos uma relação horizontalizada, não hierarquizada com esses profissionais”. (Fernandes, s/d:05)

Hoje, diante de uma nova ordem social, com a existência da crise do contrato social, com a diminuição dos postos de emprego e com a tendência crescente de desobrigação do Estado em relação às políticas sociais, é preciso rever os princípios que regem esse modelo de

---

milhares de desempregados e dos empregados instáveis. Poucos são os que, ao entrarem no projeto de RMI, conseguem sair para uma inserção estável pela integração no trabalho.

contrato hegemônico e abrir brechas para que os “sujeitos tuteláveis” possam, agora, ter chances de inclusão reconhecida e com valor social, sendo autores deste processo.

Coloca-se o desafio para a Reforma Psiquiátrica e para o Movimento de Luta Antimanicomial, qual seja o de pensar a construção da cidadania do louco neste contexto. No caso da loucura, é possível sua inclusão social, conquistando um lugar na sociedade com a sua diferença, dizendo não à clausura no “manicômio mental”, como nos disse Pelbart (1991), e não ao risco da desfiliação e exclusão social.

Assim, na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1994:19), exigiram mudanças no *modus de contrato* destes sujeitos na relação com o Estado e a sociedade. Pitta (1996:09) e Freire (1996:56-57) apontam para a maior autonomia do usuário que vem junto da *modalidade de realização do contrato social*, pela via afetiva-social (com família e comunidade) e econômica (pelo trabalho), numa relação de interdependência. Esta seria uma modalidade de contrato que extrapola aquele da capacidade de trabalho e abre possibilidades de exercício cidadão em sociedades abertas ao diálogo e flexíveis no convívio com a diferença: “o portador de sofrimento psíquico ganha status como ser psicológico e social, num referencial de cidadania (...) Assim, o sofrimento psíquico torna-se assimilado culturalmente como diálogo humano e criativo em possíveis relações contratuais. Utopia, sonho e realidade”, enfatiza Freire<sup>73</sup>.

Neste contexto, a preocupação dos novos serviços em saúde mental centra-se na formação de redes ampliadas para os usuários, pois pretende-se obter outras formas de convívio a estes, fortalecendo seus laços sociais e abrindo portas para a vida laborativa que crie tanto um presente quanto um futuro viável.

Podemos nos arriscar a dizer que os novos serviços e seus projetos de inserção social parecem funcionar como “suporte de proteção” e “coletivos protetores” (Castel, 1997a:178) aos seus usuários, minimizando sobremaneira a sensação de exclusão fora dos muros institucionais<sup>74</sup>. Falamos aqui principalmente da garantia emocional e afetiva necessária para o fortalecimento das relações e invenção de espaços de luta contra o preconceito social, da garantia de que é possível construir um sentido de “pertencimento comunitário”, não pela via da caridade, das boas intenções, mas sobretudo pelo sentimento

<sup>73</sup> Citação retirada do texto “Novas formas de produção de sentido”, escrito por Milton Freire, uma das lideranças de usuários, para a divulgação do IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em 1999.

<sup>74</sup> Como afirma um dos líderes de usuários, Milton Freire: “É como se filosoficamente os novos serviços substitutivos, com muita vontade política, venham a ser tornar não mais lugares de mortificação e miséria, mas espaços de serviços com atividades expressivas, pragmáticas e sociais, verdadeiros lugares de produção de sentido para nossas vidas.” (cf. o texto de divulgação do IV Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial).

do ser cidadão (Desviat,1995:10). Tal rede solidária, que pode iniciar nos serviços, tende a se expandir em nome de uma ou várias causas renovadoras do próprio homem, como percebemos no caso de um familiar de usuário.

“Sabemos do que estamos falando. Sabemos que estamos do lado da verdade. E esta verdade é tão importante para nós, como o próprio ar que respiramos. Quando entrei neste movimento, a mola que me impulsionava chama-se André Luiz. Hoje chama-se também Raimundo, Léo, Marcelão, Emilia, Bete, Marcão, Marcelinho, Imaculada, Jurandir, Arnold, Érica, João, Conceição, Ricardo, Edmilson, Mário, Raymond e tantos outros que nem sempre conheço, todos os cidadãos do mundo que habitam minha alma e meu coração e que me transferem toda esta energia de que tanto necessitam, e que dão sentido à minha perplexidade e à minha indignação”. (Peixoto, 1997:273-274)

Não se fala aqui de ações paternalistas e de simples assistencialismo estatal que *concedem direitos* a sua população como se fossem uma benfeitoria e não resultado da própria mobilização e atuação dos grupos interessados nestes direitos. O desafio dos novos serviços, acreditamos, está justamente na utilização deste espaço como direito ao tratamento, ao cuidado, à atenção, que, em nome da cidadania, podem criar instrumentos coletivos de participação formadores de novos sentidos de vida. Como afirma Delgado (1999b), uma das formas de combate à exclusão social

“é aumentar e qualificar as formas de participação dos indivíduos e grupos nos processos decisórios (...) o assistencialismo é hoje um dos maiores entraves à democracia real. Visto apenas como um dever humanitário, ele coloca as pessoas com limitações, sejam físicas, psicológicas ou sociais, como um elemento. (...) A assistência social necessária é aquela que cria formas de incluir as pessoas especiais, que as transforma em cidadãos em condição de competitividade”.

-/

## 2.1 - O desafio da inserção pelo trabalho.

Resgatando um pouco da história do trabalho no Brasil, nos apoiamos no estudo de Gomes (1994) sobre a formação da classe trabalhadora brasileira. No início dos anos 30, já se falava do “trabalhador brasileiro”. Nos anos seguintes, já em pleno Estado Novo, o então presidente Getúlio Vargas ofereceu uma série de proteções, benefícios - instituições e programas - a todos trabalhadores, além do apoio ao sindicalismo. Era um momento de preocupação com o desenvolvimento econômico do país e com sua nascente atividade industrial. Criou-se a figura nacionalista do “cidadão-trabalhador”.

O valor social dos indivíduos era consolidado pelo serviço à pátria, enquanto trabalhador. Assim, em direção às atividades laborativas organizadas e legalizadas, o Estado deveria dirigir suas ações por políticas sociais específicas. Os direitos sociais, como acesso à

cidadania, passam a ser uma forma de controle do trabalhador, tornando-se *receptores passivos* de “presentes espontâneos”. (Manzini-Covre, 1996:15)

Na avaliação de Santos (1979), o conceito de cidadania é central para entender a política-econômica-social deste período. Este “cidadão-trabalhador” passou a ter o que ele chama de “cidadania regulada”.

“(…) são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei. A extensão da cidadania se fez, pois, via *profissões e/ou ocupações*, em primeiro lugar, e mediante ampliação do acesso a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de cidadania. (...) Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação não se encontra associada a esta cidadania. (...) A associação entre *cidadania e ocupação* proporcionará as condições institucionais para que se inflem, posteriormente, os conceitos de marginalidade e de mercado informal de trabalho”. (Santos, 1979:68)

Com a institucionalização da carteira de trabalho, ainda na década de 30, os trabalhadores formais passam a ter como comprovar seus direitos decorrentes da sua profissionalização. Eles passam a ter consigo a “certidão de nascimento cívico” (Santos, 1979:69), garantindo status social. Santos acrescenta que, a partir do período ditatorial, ocorre o “recesso da cidadania”. Grande parte da população perde direitos, necessitando de políticas sociais compensatórias.

O acesso aos direitos foi feito através de concessões a grupos/setores e de compensações estatais, a fim de dar conta da situação de desigualdade presente.

Hoje, apesar da garantia constitucional, o direito ao trabalho encontra-se prejudicado, sendo preciso inovações neste campo. A realidade vivida por usuários de serviços de saúde mental é um exemplo desta necessidade premente. Diante da lógica do trabalho oficial, que valoriza e oferece direitos ao trabalhador com carteira de trabalho, estes usuários sofrem ante à impossibilidade de permanecerem “cidadãos-trabalhadores”. Atualmente uma das metas das lideranças de usuários é lutar por este estatuto. Esta exigência implicará em novas formas de compreensão do trabalho.

No dizer de Santos (1998a:46), devemos reagir à sociedade que subjuga o valor contratual do trabalho. Isto indica que é preciso redescobrir as potencialidades democráticas do trabalho, pela via da sociabilidade, que foi perdida quando foi reduzida a produção.

Singer (1999:137) proporá, diante deste quadro de exclusão social pela falta de trabalho nas sociedades, a criação de uma nova organização produtiva chamada de “economia solidária”, característica do modelo cooperativista, em que os trabalhadores são sócios entre

si. Praticam um exercício solidário, de ajuda mútua, buscando garantir um posto diferenciado do trabalho que só visa ao lucro pela exploração do trabalhador.

“é um projeto de organização sócio-econômica por princípios opostos ao do *laissez-faire*, em lugar da concorrência, a cooperação, em lugar da seleção darwiniana pelos mecanismo de mercado, a limitação - mas não eliminação! - destes mecanismo pela estruturação de relações econômicas solidárias entre produtores e entre consumidores. (...) a história do cooperativismo é riquíssima em experiências bem-sucedidas e ainda hoje uma parcela nada desprezível da indústria, sobretudo da agricultura e de alguns serviços, segue seus princípios. Isto permite sustentar que a economia solidária é a mais importante alternativa ao capitalismo neste momento histórico, por oferecer uma solução prática e factível à exclusão social, que o capitalismo em sua nova fase liberal exacerba. Mas, para que esta possibilidade se realize, é preciso (...) apoio e na promoção às cooperativas de trabalhadores, para que elas possam absorver os milhares que não têm lugar na economia capitalista”. (Singer, 1999:09-10)

Partindo da idéia do cooperativismo, o campo da saúde mental brasileiro se utiliza deste, para que o usuário integre-se ao mundo do trabalho, sem ter de passar pelo tranqimento de ser visto como incapaz na execução de uma tarefa, simplesmente porque não se adapta mais ao rigor do trabalho formal, ao ritmo exigido no capitalismo contemporâneo. Vale ressaltar que a experiência triestina, na Itália, foi uma referência importante.

Para os reformistas italianos o trabalho deve ser entendido pelo seu valor social e não como uma simples tarefa rotineira, desprovida de reconhecimento, como algumas atividades ergoterápicas realizadas no interior das instituições hospitalares. O que se quer é obter um resultado laborativo de qualidade. Atentemo-nos à fala de Rotelli.

“(...) trabalhamos para constituir uma situação de cooperativas nas quais esse trabalho pudesse ser reconhecido por aquilo que era, ou seja trabalho. Eu acho que ter um trabalho, possuir um trabalho, possuir dinheiro, um salário, faz bem às pessoas, mas eu acho que não se pode chamar isso de Ergoterapia. Ou seja, o trabalho é um direito do cidadão, não pode ser transformado em tratamento. Embora - repito- possuir um trabalho, possuir um salário, é um elemento de saúde mental na nossa sociedade. Então nós fizemos um contrato, nós constituímos a primeira cooperativa e fizemos um contrato de aliança com a administração, para que esse trabalho fosse reconhecido como trabalho.” (Rotelli, 1994:156)

Verificamos que Rotelli não concorda com a simplificação do trabalho como *fato terapêutico*. Trabalho aqui é entendido como direito. Do labor se quer qualidade e visibilidade social. A questão terapêutica é vivida como “*tudo aquilo que é o acesso aos direitos, tudo aquilo que nos permite revisitar com qualidade a vida*”. (Roteli, 1994:159). Ou seja, “terapêutico” aqui não é uma técnica qualquer de tratamento, é a própria produção de vida e saúde, sendo esta produção possível pela idéia da Empresa Social, como assinalamos no primeiro capítulo.

“constituição complexa de uma rede de serviços e de uma rede de relações entre as pessoas, que sustentem as práticas da diversidade. Práticas da complexidade que respondam à aspectos sanitários mas que, também, respondam ao mundo da assistência, ao mundo das relações interpessoais, ao mundo da política na cidade, e de como são regulados os conflitos sociais e jurídicos, da organização social e dos contratos sociais; ao mundo da negociação entre as classes sociais, de como são negociadas as relações da normalidade e do desvio, de como são concebidas a normalidade e o desvio (...) o problema da práticas sanitárias não apenas aquele de respeitar os direitos das pessoas mas, de serem, efetivamente, instrumentos para a construção material dos direitos das pessoas”. (Rotelli, 1992b:02)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, no capítulo sobre Direitos Trabalhistas, indica a criação de “*mecanismos de contratação, pelos órgãos públicos, de serviços de pessoas portadoras de transtornos mentais e de deficiências, preferencialmente através de famílias e associações*”. (MS,1994:49). Abrem-se possibilidades. Surgem importantes estados brasileiros, dentre eles o Rio de Janeiro.

A integração social do usuário pelo trabalho, portanto, já é uma realidade brasileira, mesmo que ainda para poucos. Há os problemas, mas também conquistas que interferem tanto na vida do usuário, como de suas famílias, dos profissionais envolvidos, dos serviços, da sociedade. Todos deparando-se com a “capacidade” do antes reconhecido “incapaz”.

“Após uma crise, a pessoa necessita de compreensão, apoio e cooperação para retomar à vida produtiva (...) existe um hiato entre o não mais precisar de um tratamento intensivo e o conseguir enfrentar um mercado de trabalho extremamente competitivo e muito pouco receptivo às debilidades e momentos psíquicos de cada um (...) o desenvolvimento de um estatuto de trabalhador influencia positivamente suas relações. De uma situação de desvalorizado e tutelado, passa a contribuir para o orçamento da família, mudando o lugar que ocupava anteriormente e ganhando reconhecimento pessoal. Este contexto de trabalho requer do indivíduo o compromisso com as regras, com as responsabilidades e deveres, com a defesa de seus direitos. Ao lado disto, o confronto diário com as atividades e com os demais integrantes da equipe leva o indivíduo a perceber os próprios recursos e limites para que possa produzir e participar”. (Pitta, 1994:652)

Após algumas reflexões sobre a tentativa de construção da *inserção social do louco* pelo trabalho, falaremos sobre um outro modo de inserção presente – o da participação política de usuários.

## 2.2 – “Reciclando” a sociedade pela militância.

Baptista (1999a) realizou uma relevante análise do papel das cidades para a construção de pessoas que estão em “lugar nenhum” - “o homem de lugar nenhum”<sup>75</sup> é um criminoso em potencial, está posto o silêncio, está posto o medo” (Baptista, 1999a:99)<sup>76</sup>.

<sup>75</sup> No texto “Habitante de lugar nenhum” (1997:29), Fernandes relata sua experiência com a loucura e os encontros com pessoas decorrentes desta vivência. Havia tanto pessoas que anulavam o seu ser pensante, cidadão, crítico, quanto aqueles que a potencializavam para a vida, abrindo portas e caminhos para sua ação política: “ (...) a falsa neutralidade do ambiente e a assepsia da limpeza constante faziam daquele; um lugar [o hospital] distante deste mundo. Sinceramente, preferia a sujeira das ruas, com a sua humanidade das gentes

Algumas idéias desenvolvidas pelo autor nos fizeram pensar sobre a situação de usuários que estão na luta pelo seu reconhecimento em diferentes lugares sociais.

As cidades com seus modos de vida específicos muitas vezes utilizam-se de lugares fechados, muros altos para tirar do seu campo de visão as pessoas que não desejam proximidade. Diferentemente dos meninos de rua que “são de lugar de nenhum”, à loucura foi oferecido um espaço específico, como nos diz o ditado popular: “*lugar de louco é no hospício*”. No hospício, assim como na rua, a vida é só presente, o passado e o futuro são arrancados, sem possibilidade de retorno para muitos. Este ditado popular não surgiu por acidente, ele é coerente com os objetivos da psiquiatria de oferecer ao louco um lugar de confinamento. Esta idéia aos poucos foi interferindo cada vez mais na nossa cultura, afetando a vida de milhares de pessoas e da própria sociedade e seus grupos.

Porém, se num determinado momento esta idéia é entendida como verdade única e acabada, em outro momento esta *verdade* é posta em xeque, e aí sim, é dito “lugar de louco não é no hospício”, é preciso construir um outro lugar social para a loucura. (Birman, 1992)

No seio destas mudanças, a participação dos usuários é extremamente importante. Sem necessitarem de vozes que os defendam e falem por eles, alguns usuários fazem das suas experiências em manicômios um sentido para suas vidas. Assim, no dizer de Fernandes: “*é preciso evitar as formas de eugenia, as formas de seleção por raça, seleção por uma mais perfeita de ver a pessoa. Isso seria um erro, porque o lugar do louco é em toda parte, é fora dos hospícios, é fora dos manicômios, é fora da segregação, do confinamento*”<sup>77</sup>.

Para alguns usuários, a história de internação não merece ser apagada e esquecida, muito pelo contrário, ela deve ser resgatada em alguns momentos, transformando-se em denúncias que viabilizem *outras histórias* às pessoas com problemas psiquiátricos<sup>78</sup>. Conforme Bobbio (1992:64), “*a história tem apenas o sentido que nós, em cada ocasião concreta, de acordo com a oportunidade, com nossos desejos e nossas esperanças, atribuímos a ela*”. Um importante exemplo de pessoas que tomam a *história com sentido* são

---

falando, vivendo, passando ao largo, do que o inominável que era o hospício (...) até que um dia me enchi de coragem, resolvi falar com algumas pessoas (...) pela primeira vez me ouviram com meu choro convulsivo e me deram a mão. Não era uma cortesia bem-educada. Era para valer. A partir daquele dia, era um deles, e não a sua sombra. Fazer valer a voz reprimida e sussurrada dos que ainda estavam e estão nos porões infectos desses depósitos de gente ficou sendo minha meta”.

<sup>76</sup> No texto de Baptista, ele fala dos meninos de rua, que no interior das grandes cidades perdem toda e qualquer referência da sua vida, sem família, idade, projetos e história - vivem somente do presente, sem passado e sem futuro.

<sup>77</sup> Trecho da fala de Graça Fernandes no debate sobre “A Reforma psiquiátrica e intervenção cultural”, realizada em comemoração ao dia dezoito de maio de 1999, no Museu da República do rio de Janeiro.

<sup>78</sup> Consultar a entrevista realizada com Fernandes, uma das lideranças de usuários mais antigas, na Revista Marie Claire, de 1998, na reportagem: “De perto ninguém é normal – Nós, as loucas”. É um relato sobre sua experiência com a loucura, seus problemas e suas conquistas.

os usuários: “quando se abre um manicômio, o doente exprime finalmente sua própria voz, não mais a voz que o médico quer, mas sua própria voz”. (Basaglia, 1979:95)

Estes usuários, hoje reconhecidos como lideranças importantes no movimento antimanicomial, utilizam a força do seu tempo presente, consolidado em novos lugares físicos, para falar do tempo passado (lembrando vivências do terror manicomial), podendo construir um tempo futuro diferente, ressignificando suas vidas e tantas outras. Estas experiências podem transformar suas vidas na sociedade por intermédio destas lembranças, mesmo quando envolvem dor e sofrimento. Como comenta Freire (1989):

“O sentido de vida está em minha reorganização psicológica. Sinto alegria e não tristeza em relação a mim mesma. Verdadeiramente triste não é a locura e sim o hospital. Um dia, tenho certeza, vão rir da perseguição aos loucos, como hoje riem da perseguição às bruxas na Idade Média”. (Freire, 1989:10)

Aqui designamos a força do ato político comprometido, como uma poderosa arma contra a incompreensão, o preconceito e a violência objetiva e subjetiva nas cidades.

Baptista (1999a:98) nos esclarece que é no cotidiano<sup>79</sup> das cidades, na presença daquilo que se vê, mas não se fala, do que é “desfamiliar”, que podemos perceber como são produzidos os “detritos humanos e inumanos” e o “lixo urbano”. Por meio destes, será possível descobrir “outras versões da história”. Procurando sair do lugar de “lixo urbano”, é necessário tentando se reerguer, através de uma luta coletiva, crítica contra as estruturas que os produzi-los.

“Sabemos que por meio dos detritos de uma cidade conhecemos o seu caráter, seus sonhos, fundados no investimento do silêncio. O que não é sempre dito com clareza é que a história do lixo é uma história de lutas, de combates, na qual nem sempre o silêncio é posto. Essas lutas nos apresentam as tramas de um humanismo que, temendo o inesperado e o caos, aciona modos de morar, modos de sentir, modos de calar, em que seus atores são fadados a representar uma completude enraizada ou então uma frágil e desnorteada modalidade de existir. Nessas lutas, o silêncio nem sempre é posto, porque o lixo não só aduba, mas envenena e interpela a astúcia do urbano”. (Baptista, 1999a:107)

Na reviravolta que tem ocorrido na psiquiatria, citamos duas noções que vêm sendo referidas no campo atual da saúde mental. São noções que demonstram bem a idéia do projeto de inserção social, tanto para o tipo de paciente considerado com problemas

<sup>79</sup> Baptista (1999a) utiliza o termo cotidianidade como um instrumento de análise das histórias produzidas nos espaços sociais. Ele utiliza a definição de Le Goff (1986:80), na qual o cotidiano é “um dos lugares privilegiados das lutas sociais (...) no seio do quotidiano há uma realidade que se manifesta de forma completamente diferente do que acontece nas outras perspectivas da história: a memória. A grande história é dividida por comemorações, a história do quotidiano revela-nos o sentimento de duração, nas colectividades e nos indivíduos, o sentimento daquilo que muda, bem como o daquilo que permanece, a própria percepção da história, pois”. (Le Goff, 1986:81)



psiquiátricos crônicos e ainda interno-residentes em hospitais psiquiátricos, quanto para os novos usuários que precisam de tratamento no campo da saúde mental.

Destacamos as noções de *dívida social* e de *discriminação positiva*. Ambas estão presentes na realidade de uma sociedade historicamente desigual social e economicamente.

Em relação à *dívida social*, trata-se à idéia de que cabe ao setor público promover outras formas de cuidado e tratamento para os pacientes que tiveram suas vidas “seqüestradas” pelas instituições manicomiais durante todo o tempo em que lá permaneceram. As políticas públicas e sociais, a administração e o planejamento dos serviços, os técnicos se organizam para oferecer condições de vida que restituam a estes usuários, minimamente, o que foi perdido, seja em relação às questões materiais (dinheiro, casa, objetos pessoais, etc.), como às aquelas questões subjetivas, que lhes permitam ter sua história e sua voz acolhida e respeitada. Em relação à noção de *discriminação positiva*, esta pretende justificar a formulação de políticas sociais especiais a determinados grupos. Neste caso, são os usuários de saúde mental que historicamente foram marginalizados e hoje sofrem com preconceitos e discriminação, que os impedem de realizar atividades nos espaços públicos como qualquer outra pessoa, tais como trabalhar, freqüentar espaços de lazer - museus, teatro, cinema, etc. - e de se expressar na sua diferença sem ser molestado e recriminado. Ou seja, são ações que buscam facilitar o acesso a uma vida digna, criar oportunidades de direitos a quem sofre discriminação. Estas ações são promovidas, através de suas leis, suas organizações e seus serviços.

Retornamos um parêntese para assinalar a questão trazida por Vasconcelos (1999c:15) sobre o meio pelo qual os usuários brasileiros têm obtido acesso a esses direitos. Ele fala de alguns efeitos indesejáveis em relação às estratégias tomadas para a garantia dos benefícios: o critério de basear-se na história de tratamento dos usuários ou no diagnóstico psiquiátrico, trazendo consigo a “*lógica negativa de vitimização*”, vitalizando o estigma, a necessidade de relações paternalistas; e o critério que reforça o poder médico e psiquiátrico na garantia dos benefícios sociais. Este seria um dos impasses existentes na inserção dos usuários. Afirmar ou não sua loucura? Qual o preço pago para o alcance de direitos especiais, quando se quer percebido de modo igualitário na sociedade?

O interesse atual dos planejadores da saúde mental e dos novos serviços é inserir socialmente os usuários de saúde mental. Mas de que maneira? Qual a qualidade desta proposta de inserção?

O grande desafio que se impõe aos serviços não é apenas o de oferecer suporte subjetivo e vínculo fortalecido ao usuário, é, também, construir meios de intervenção na sociedade, para que possa transformá-la minimamente, num trabalho de aceitação do usuário, sendo que esta intervenção seja também do próprio usuário, que pode aprender muito no embate não só familiar, mas igualmente nas ruas, nos espaços públicos.

É dentro da sociedade, diante das suas instituições, que surgirão os impasses e os dilemas para os ditos usuários em relação ao ideal de normalidade socialmente vigente. Sabemos que nem tudo que é norma, que é juridicamente legal, é justo ou democrático. O trabalho com diferenças pode, então, ser enriquecedor para todos.

Os serviços são representantes da sociedade que eles mesmos podem ter o direito de ser diferentes. O que aparentemente contraditório inscreve-se no novo paradigma da saúde mental e mentalizações no paradigma racionalista médico, por isso as novas possibilidades são possíveis.

“(...) A cidadania, sem dúvida, se aprende. É assim que ela se torna um estado de espírito, enraizado na cultura. É, talvez, nesse sentido, que se costuma dizer que a liberdade não é uma dádiva, mas uma conquista, uma conquista a manter. Ameaçada por um cotidiano implacável, não basta à cidadania ser um estado de espírito ou uma declaração de intenções. Ela tem o seu corpo e os seus limites como uma situação social, jurídica e política. Para ser mantida pelas gerações sucessivas, para ter eficácia e ser fonte de direitos, ela deve se inscrever na própria letra das leis, mediante dispositivos institucionais que assegurem a fruição das prerrogativas pactuadas e, sempre que haja recusa, o direito de reclamar e ser ouvido”. (Santos, 1998b:07-08)

As conquistas por condições materiais são importantes, mas no paradigma da atenção psicossocial torna-se preciso cultivar a dimensão do sonho, da utopia de um mundo melhor. Isso envolve o comprometimento de todos - usuários, familiares e técnicos - em assumir o protagonismo das suas próprias vidas no cotidiano das relações e em espaços coletivos.

“Não é verdade que o psiquiatra tenha duas posturas, uma como cidadão do Estado e outra como psiquiatra. Há uma somente: como homem. E como homem eu quero mudar a vida que levo, e para isso tenho que mudar essa organização social, não com revolução, mas apenas exercendo minha profissão de psiquiatra. Se todos os profissionais exercessem sua profissão, isso seria a verdadeira revolução. Mudando o campo institucional no qual eu trabalho, mudo a sociedade (...)” (Basaglia, 1979:151)

Destacamos o movimento da luta antimanicomial porque ele avança na reflexão coletiva, compreende que o que já se conquistou é pouco dentro do que acredita que é possível conseguir. Reconhece que, para se assegurar um direito, não basta “o achar que se tem direito” a algo. É preciso mais, tem-se que travar uma luta permanente com os legisladores, em torno das políticas, conquistar alianças com diversos setores da sociedade.

Sabe-se o que é lutar por uma causa que defenda o fim dos manicômios ou de todos espaços fechados, de reclusão na cidade urbana? São sabidas as implicações e interesses que uma luta desta natureza envolve? Por isso é importante o conhecimento mínimo da dimensão histórica, técnica e política, para forjar as armas pela luta cidadã.

Buscaremos em seguida analisar a questão da cidadania. Uma cidadania que, como vimos, na história brasileira, é intrínseca ao labor e é meta de todos atores sociais.

### 3 - Lutando por direitos: a cidadania em construção.

Na literatura que se refere ao tema da cidadania, é comum fazer uso da referência de Marshall. Ele fala de três elementos que compõem a cidadania: o *direito civil* (direitos à liberdade individual de cada um, “de construir contratos válidos e o direito à justiça”); o *direito político* e o *direito social*. (Marshall, 1967:63-64)

Vieira (1997:23) se refere à tensão interna entre estes direitos que compõem a cidadania. Os direitos civis necessitam da interferência do Estado Mínimo, sendo que os direitos políticos e sociais solicitam um Estado Forte.

Já a partir da regulamentação da Carta de Direitos dos Homens da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948, a questão da cidadania teve problemas na sua aplicação. Os princípios universais desta carta tiveram dificuldades em ser reconhecidos e, conseqüentemente, aplicados e, quando conquistados, de serem protegidos. São muitos interesses que atravessam a consolidação da cidadania para todos os homens.

É sabido que, para os movimentos sociais, a cidadania pode ser para todos. Mas a “cidadania possível” precisa ser conquistada e, como tal, ela deve ser construída e não ofertada gratuitamente.

“A cidadania em construção, pode-se dizer que se está para além da própria concepção de cidadania “burguesa”, de uma cidadania que não está presa ao Estado, mas que se utiliza deste, que se desenvolve a partir do que hoje se chama sociedade civil, e que leva em conta as particularidades dos grupos e dos indivíduos. A bandeira de luta da cidadania em construção deve ser transformar o cotidiano do trabalhador em algo bom, satisfatório, sob condições que respeitem a própria vida, dando chance também à questão do desejo - a identidade do indivíduo com as atividades que realiza. (...) reitero o pressuposto básico para a existência da cidadania: o de que os sujeitos ajam e lutem por seus direitos. Assim, é preciso que essa prática ocorra sempre na fábrica, no sindicato, no partido, no bairro, na escola, na empresa, na família, na favela, na rua etc. É preciso trazer as coisas até o visível político (ter presente sempre a negociação), para que o cotidiano se transforme ideologicamente”. (Manzine-Covre, 1996:82-83, grifo da autora)

O Estado Democrático é o que traz no seu cerne a questão da cidadania e do direito. Segundo Souza (1999a), são cinco os princípios que regem a democracia: a liberdade, a participação, a diversidade, a solidariedade e a igualdade. A simultaneidade destes é o desafio.

Porém numa sociedade capitalista, movida pela desigualdade, com formações sociais que incluem e excluem sua população, dependendo da sua classe, cor, etc., caberá aos movimentos sociais o papel social de transformação deste fato que é histórico. A reflexão de Souza pode nos ajudar a conhecer e formalizar as ações macropolíticas em todos setores sociais, inclusive o da saúde mental.

“É preciso colocar o eixo desta revolução na cidadania, em cada pessoa e em todas. Não no Estado nem no mercado. Nenhum dos dois é capaz de dar vida completa a esse princípios. (...) Quando o cidadão descobre que ele é o princípio do que existe e pode existir com sua participação, começa a surgir a democracia. Cidadania e democracia andam de mãos dadas e não existem separadas. Cidadania não é individualismo, mas afirmação de cada um em sua relação de solidariedade com os outros (...) A democracia não é inevitável, mas pode ser criada. A democracia não é um atalho, mas um caminho. Muitas vezes, o atalho é a ditadura. A democracia não se refere somente à ordem do poder público, do Estado, mas deve existir em todas as relações sociais, econômicas, políticas e culturais. (...) A história recente do Brasil nos fala dessa luta entre uma corrente democrática que emerge e uma corrente autoritária que resiste. A corrente democrática vem sempre de baixo, da sociedade civil para o Estado, dos excluídos para as camadas mais privilegiadas, da Planície para o Planalto”. (Souza, 1999a:07-08)

### **3.1 - Particularidades do exercício cidadão no Brasil.**

Trazemos aqui a contribuição de dois autores que pensam a questão da cidadania no interior da cultura brasileira.

Diante da complexidade dos fenômenos impostos na modernidade, Santos (1998b) defende o uso da interdisciplinaridade para lidar com as questões humanas. Em direção ao ser cidadão, ele fala sobre a idéia de “modelo cívico-territorial” em oposição ao modelo econômico atualmente hegemônico. O primeiro modelo teria como princípio a participação de todos na escolha do tipo de vida que anseiam, a ciência das relações existentes nas sociedades, a partir de um modo próprio de ver o mundo e sua dinâmica e o conhecimento das oportunidades de acesso a bens e serviços públicos no território específico. O autor defende que todas as pessoas tenham direitos respeitados e garantidos, independente do lugar em que vivem.

“A plena realização do homem, material e imaterial, não depende da economia, como hoje entendida pela maioria dos economistas que ajudam a nos governar. Ela deve resultar de um quadro de vida, material e não-material, que inclua a economia e a cultura. Ambos têm que ver com o território e este não tem apenas um papel passivo, mas constitui um dado ativo, devendo ser considerado como um fator e não exclusivamente como reflexo da sociedade. É no território tal como ele atualmente é, que a cidadania se dá tal como ela é hoje, isto é, incompleta. Mudanças no uso e na gestão do território se impõem, se queremos criar um novo tipo de cidadania, uma cidadania que se nos ofereça como respeito à cultura e como busca da liberdade”. (Santos, 1998b:06)

A ênfase dada ao território para o exercício da cidadania nos remete ao modo como, pelo menos na cidade do Rio de Janeiro, vem se dando a organização da nova rede assistencial em saúde mental. Os novos serviços correspondem a uma região circunscrita no mapa geográfico e no planejamento da saúde, que consideram também os espaços territoriais subjetivos e relacionais dos usuários. Logo, Santos (1998b:121) afirma o direito universal das pessoas ao acesso facilitado de bens e serviços, garantindo a assistência integral e digna de todos, principalmente às pessoas sem recursos financeiros. Ele define este direito como *“afirmação da cidadania”*. (Santos, 1998b:121-123)

No tratamento psiquiátrico, um dos obstáculos é justamente o deslocamento de pacientes que moram distantes dos lugares que recebem assistência. Diferente do tratamento hospitalar, no qual não há deslocamento do paciente, e do tratamento ambulatorial que requisita sua presença restrita, a assistência diária e os projetos de trabalho, lazer e educação exigirão maior frequência nos espaços do usuário e do seu familiar.

DaMatta (1997) também falará sobre território, mas não o geográfico. Com um olhar sociológico, sua ênfase será sobre a construção subjetiva da sociedade brasileira que determina os espaços de cidadania e de não-cidadão. Comenta sobre a “sociedade relacional”, hierárquica (dividida em superior e inferior) em que é preciso saber o que está “entre” as coisas: “seria a partir dos conectivos e das conjunções que poderíamos ver melhor as oposições, sem desmanchá-las, minimizá-las” (DaMatta, 1997:25). Como um exemplo, trazemos a questão da loucura e os preconceitos construídos em torno dela pela sociedade. O que são as pessoas e as construções históricas da idéia de normalidade e loucura, e a periculosidade?

Configurada pela diversidade de modos de se relacionar, a sociedade cria regras e normas de convivência, atingindo diferentemente os grupos sociais. Assim, o autor fala do desenvolvimento de dois tipos de códigos sociais: o código da casa - idéia de que, no espaço privado da casa, território familiar, somos todos “supercidadãos”; e o código da rua – idéia de que o espaço público é o lugar do anonimato, da regência das leis universais, lugar do formalismo jurídico-legal, em que é premente a figura do “subcidadão” (DaMatta, 1997:20-24). São códigos que expõem o paradoxo da cidadania: entre a idéia de individualismo e das regras universais.

Assim como Santos (1998b), que compreende a cidadania como uma construção, DaMatta (1997) aponta que a noção de cidadania deve sair do estado de natureza humana e ser reconhecida como um papel social a ser “aprendido” na sociedade. Possui duas dimensões: a jurídico-político-moral e a sociológica. Comparando a situação de cidadania

norte-americana com a brasileira, DaMatta sublinhará dois modos de vivê-la em sociedade. No caso norte-americano, cujas leis são regidas pelos princípios da igualdade e da liberdade, o ser cidadão é uma “entidade geral, universal e abstrata”, ou seja, para o exercício da cidadania não são consideradas as diferenças de classe, raça, cor, gênero, crença religiosa, etc., que estão em relação permanente.

*“O papel social de indivíduo (e de cidadão) é uma identidade social e de caráter nivelador e igualitário. Essa seria sua característica ideal e normativa, de modo que, como cidadão, eu só clamo direitos iguais aos de todos os outros “homens” ”. (DaMatta, 1997:69-70, grifos do autor)*

Em relação ao caso brasileiro, a noção de cidadania não é utilizada no seu caráter universal, mesmo que assim exija a última Constituição Federal. Na verdade, a prática de cidadania perpassa o campo das relações de proximidade e do uso do poder de status para afirmar a diferença e o direito de privilégios sociais. Ela se faz mais pela marca das diferenças que se interpõe numa situação específica, do que por uma questão universal e legal. O indivíduo, por si só, não determina a conquista de direitos e seu exercício, isto dependerá de como esta cidadania será entendida e interpretada, conforme os interesses locais, pessoais, relacionais predominantes. Daí a idéia de que nem sempre quem obedece as leis, que são universais, terá garantias de direitos e será considerado cidadão pleno.

*Cidadão é a entidade que está sujeito à lei, ao passo que a família e as teias de amizade, as redes de altamente formalizadas política, ideológicas e socialmente, são entidades que não estão sujeitas à lei (...) O mundo das “relações” então passa por cima (ou “entrecorta”) das “estruturas” de segmentos e classe social, criando uma sociedade com um dinamismo próprio que a primeira vista parece diferente, curioso, atrasado ou ambíguo. Que tais redes sejam universais, eu não tenho a menor dúvida. O fato de serem institucionalizadas - isto é, que tais redes sejam instrumentos conscientes e positivamente valorizados de navegação ou estratégia social - é um fenômeno de sociedades onde convivem éticas diferenciadas”. (DaMatta, 1997:81-82)*

Esta interpretação sociológica do contexto brasileiro torna a análise de inserção social e de cidadania para a loucura extremamente complexa. Sabe-se que, de modo geral, os usuários que chegam aos serviços públicos ou conveniados com o SUS são das classes menos favorecidas economicamente. Sem dúvida, a reforma na psiquiatria brasileira tenta resgatar a dimensão do direito aos usuários, porém depara-se com a sociedade que privilegia as relações em nome do status de poder, através de benefícios concedidos como gratuitos. Isto acaba produzindo neste terreno da saúde lugares específicos – os serviços - onde os usuários podem-se sentir pessoas, cidadãos que requerem destes e das políticas públicas reconhecimento de sua singularidade e, por isso, direitos especiais.

Agora, se dentro dos serviços o papel de cidadão já pode estar sendo uma realidade com direitos sendo conquistados, o desafio do exercício desta cidadania na rua ainda é a grande meta. Criar meios de solidariedade não apenas nos serviços, mas em outros espaços sociais, sem o caráter de controle e submissão será outro objetivo.

“O exercício da cidadania, em todos os seus planos, foi sempre marcado pelo fato de se apresentar como uma prática política, construída lentamente, através da experiência de organização e de luta e de segmentos da sociedade que afetam a estrutura de poder da sociedade. Nunca foi a o contrário, um processo automático, desencadeado a partir de transformações macroeconômicas, desencarnado, assim, dos conflitos sociais e da constituição de sujeitos políticos”. (Bodstein, 1995:130-131)<sup>80</sup>

Um dos problemas que verificamos é o dos serviços serem um destes espaços de solidariedade institucional e só a partir deles os usuários terem privilégios específicos. Se os laços com os serviços certamente deverão estar cada vez mais fortalecidos, em direção contrária, os laços com a sociedade e com a rua correm o risco de ainda permanecerem fragilizados, constituindo-os “subcidadãos”. Neste sentido, vale refletirmos sobre o que nos fala Venturini, em relação a uma cidadania na saúde mental que cultive forças para também enfrentar as produções do paradigma tradicional da psiquiatria:

“Eu penso, todavia, que os familiares e usuários devem desenvolver papel mais incisivo do que a simples representação formal, voltada para a defesa das necessidades de uma “categoria”. O conceito de “cidadania”, por exemplo, assim prepotentemente afirmado nas instâncias inovadoras do Brasil, já se coloca em nível mais profundo: rompe com o específico psiquiátrico e atrela ao mundo da saúde mental àquele mais amplo, da sociedade civil. O risco atual é que esa tensão permaneça circunscrita ao âmbito institucional, não atinja o paradigma da psiquiatria tradicional (...) que se traduza em controle e normalização”. (Venturini, 1995:18)

### **2.2.2 - Direitos e Cidadania na saúde mental: da ausência à possível conquista.**

Marsiglia (1987) chama atenção para a reflexão de que, se a implementação da cidadania para a maior parte da população brasileira já é um problema, para o louco, será ainda mais complicada. Atualmente, no campo da saúde mental a idéia de cidadania está inserida no entendimento de que saúde e doença são um processo. Desta maneira, nenhuma pessoa deve sofrer qualquer tipo de discriminação no decorrer do seu adoecimento. Além disso, a atenção deve ser garantida por dispositivos sanitários e intervenção em vários níveis. Neste sentido, a cidadania é concebida como

“uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Em nosso país, milhões de brasileiros estão destituídos da garantia dos mais elementares direitos. Assim, a

<sup>80</sup> Para maior aprofundamento nos temas da Cidadania e do Direito e seu desenvolvimento no Brasil, conferir Bodstein (1995).

luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares.” (MS, 1994:19)

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira buscará a cidadania plena para todos, com uma existência possível no campo social. Traremos como exemplo algumas idéias de dois estudiosos deste movimento. Segundo Bezerra (1992), as ordens sociais que balizam a visão moderna do homem democrático instaura o que o autor nomeou como o “paradoxo da cidadania e da loucura”, que se sustenta na

“relação de oposição, de contradição entre as noções de cidadania (e seus corolários: liberdade, igualdade, autonomia, racionalidade) e de loucura (constrangimento, diferença, dependência, irracionalidade). O cidadão - expressão universal de uma subjetividade racional - se contraporia ao louco, manifestação radical da singularidade subjetiva, rebelde, desviante”. (Bezerra, 1992:115)

A concepção de cidadania para os loucos traz em si um paradoxo sobre a figura da doença mental<sup>81</sup>. Na análise de Birman (1992:72-73), a assistência psiquiátrica é um dos pontos a serem trabalhados pela Reforma Psiquiátrica, mas há, na sua visão, outra questão imperando, que é a construção de outro lugar social para a loucura, implicando a abordagem da cidadania.

Ele assinala que o discurso da loucura como doença mental lhe conferiu o estatuto social de ser *amparada e protegida* pelo Estado e suas instituições públicas. No entanto, justamente por causa do reconhecimento da doença e do direito de acolhimento para tratamento é que a exclusão social a destituiu do direito à plena cidadania. A confirmação pelo médico do diagnóstico de doença mental, amparado por argumentos pretensamente científicos, retira o “lugar social” de garantia de direitos políticos, jurídicos, civis, que, como vimos, foi construído para ser universal. Logo, a questão da negatividade da loucura foi uma construção histórico-estrutural, de um tempo determinado, mais do que uma simples questão política. Não basta, então, criar-se projetos de “dívida social” ao usuário de saúde mental que percorreu os caminhos da exclusão e violência institucional, se não houver esforço teórico, político, prático de transformar as marcas arraigadas desta história.

“O paradoxo inscrito no estatuto de cidadania do enfermo mental indica que a *negatividade* dessa condição social não se inscreve no corpo dos doentes por razões políticas e assistenciais de ordem meramente conjuntural, mas por razões de ordem estrutural, instituídas na constituição histórica da figura da enfermidade mental. (...) positividade que nunca existiu de fato e de direito (...) a exclusão social da figura da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se estruturalmente na tradição

<sup>81</sup> Queremos deixar claro que não temos aqui o interesse de fazer uma reflexão epistemológica, filosófica sobre a produção histórica da loucura como estatuto de desrazão no mundo moderno. Nossa intenção é apontar alguns problemas que o tema da cidadania traz na luta dos usuários por ela.



cultural e histórica do Ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX”. (Birman, 1992:73-74)

No Brasil, segundo Delgado (1996)<sup>82</sup>, a “cidadania tutelada” para o louco justifica o caráter de proteção especial do Estado àqueles cuja existência está fora da razão, não possuindo autonomia suficiente para gerir sua vida. Este direito adquirido tanto pode ser como prejudicar a pessoa.

A luta incessante por direitos sociais, esbarra nas dificuldades pela conquista de direitos civis integrais. Algumas leis históricas justificam estas dificuldades. Em 1852, no período imperial, surgiu a primeira lei de assistência ao doente mental, concretizando a assistência tutelar segregacionista. No início do século XX, criou-se a legislação que o considerava incapaz para a vida civil, podendo ser interditado. Com a lei de 1934, continua a tutela estatal e cria-se, no plano federal, a “Divisão de Assistência ao Doente Mental”. Em 1940 surge um decreto-lei específico para o doente mental e no código penal aparece a associação deste com a idéia de periculosidade. Nas últimas décadas, o louco, independente da sua situação de enfermidade, ainda é considerado incapaz pelo Código Civil Brasileiro: “os loucos de todo gênero são absolutamente incapazes”. (Marsiglia, 1987)

A partir desta realidade, o novo modelo de assistência terá de rever seu papel. Hoje é crescente o entusiasmo de pessoas da área da saúde mental, e também fora dela, em relação ao movimento de mudanças na psiquiatria, favorecendo contatos, trocas de informações, engajamentos de luta mais formalizados, etc. Sublinhamos a originalidade de novos protagonistas sociais e o surgimento de uma malha de solidariedade implicada, incentivando o “movimento dos sobreviventes” - como é chamado nos EUA o movimento de usuários. (Chamberlin, 1998:06)

Na Europa e nos Estados Unidos, a organização de usuários, nascida na década de 60 e 70, utiliza a estratégia de ação através da idéia de “empowerment”. Segundo Vasconcelos (1999c:01), o “empowerment” é um “*processo de valorização do poder contratual dos clientes nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade*”. O impasse existente é como integrar a conquista dos direitos sociais especiais com os direitos civis, de igualdade e liberdade. Alguns grupos tentam as conquistas pelo modelo de “normalização” - acesso a direitos como qualquer cidadão -, outros sublinham o lugar de “vítimas” de uma ordem social excludente - os sobreviventes -, outros ainda marcam a

<sup>82</sup> Um cuidadoso estudo foi realizado por Delgado (1992c), pensando o tema da cidadania na loucura e os direitos e a relação da disciplina psiquiátrica com a instituição judiciária, tanto no que diz respeito ao louco infrator e à prática da medida de segurança em manicômios penitenciários, quanto ao louco interdito e curatelado.

“fragilidade” das pessoas que vivem a radicalidade da loucura. São diversos modos de ações e estratégicas em busca de reconhecimento e garantias de vida digna.

Nos anos 90 formalizam-se duas entidades internacionais de usuários e ex-usuários de saúde mental, possibilitando a aproximação das lutas por uma assistência digna. São elas: ‘World Federation of Psychiatric Users’ e a ‘European Network of Users and Ex-Users’. (Vasconcelos, 1999c:02)

A construção destes espaços de participação ativa o desejo dos novos protagonistas pela luta e pela conquista por direitos específicos. De acordo com uma usuária:

“... Se nós quisermos valer nossos direitos, rejeitar o papel de coadjuvante submisso na gestão de [...], teremos de nos organizar em classe de cidadãos e criar uma tradição de luta e [...]. Isso valor como seres humanos. Queremos condições de vida satisfatórias não apenas [...], mas para eles também. Que se entenda por “luta” não uma disposição beligerante de confronto e ressentimento, mas algo que se faça com paixão, fundamentado na pulsão de viver.” (Fernandes, 1992:09)

O caminho dos usuários como atores sociais é um processo em construção. Suas vozes já são ouvidas, alguns espaços já estão sendo ocupados, mas as dificuldades persistem sendo um desafio constante a tentativa de superá-las a partir de uma nova compreensão da loucura na sociedade.

Portanto, pretendemos com este trabalho, tornar visível e oferecer mais uma vez a voz dos protagonistas em sua briga cotidiana contra os preconceitos produzidos [...]. Acreditamos que estas [...] sociais apostam em homens e mulheres capazes da criação de uma nova subjetividade, de um novo tempo e de uma nova história. Acreditamos que o processo de cidadania para os usuários de saúde mental não precisa ser produzido “*como um favor, uma doação, em suma, como uma tutela, uma forma de controle*”. (Coimbra, 1994:03)

Nossa intenção é compreender as novas propostas de assistência em saúde mental não apenas como mais uma técnica de cuidado, mas como a produção de lugares e papéis sociais envoltos de perspectivas e projetos futuros para os usuários. O trabalho com a idéia de inserção social deflagra encontros entre as pessoas imbuídos de uma potência transformadora. A afirmação de direitos e a intensa participação na vida política do país sugere a recuperação de um tempo silencioso, sentido, anteriormente, como perdido.

Nos dias atuais, a inserção social é um problema não apenas dos loucos, mas de todo e de qualquer indivíduo na sociedade brasileira em especial. O projeto neoliberal colabora para certo grau de desmobilização, dispersão, indiferença de coletivos sociais. Por isso, a

importância do movimento reformista na psiquiatria de apontar o comprometimento com as práticas sociais e políticas, através de lutas que podem produzir outros modos de subjetividade, consolidando alianças junto a diferentes causas sociais, renovando o coletivo reivindicatório na sociedade.

Discutir inserção social e cidadania para os usuários de serviços de saúde mental exige muita discussão e a ampla participação das pessoas em fóruns diversos da sociedade. Esta maior aproximação com a sociedade pode favorecer aos novos atores – usuários e familiares - uma relação dialógica com a sociedade e com o poder político. Quando estes atores estão engajados em grupos podem fazer exigências: participar das discussões sobre políticas públicas e sociais, buscar oportunidades concretas no meio familiar, comunitário.

Para completar com Amarante (1996):

“ a utopia da sociedade sem manicômios (...) introduz um dado novo num processo de invenção de uma outra realidade. (...) O conceito de cidadania dos doentes mentais (...) diz respeito à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos aos mesmos. Mas não é só isso, porque, de tal concepção, são muitos aqueles que dela partilham. Isto é, não se trata de, a partir da idéia da cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, num trabalho prático de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, de não de deixar o louco viver a sua loucura, mas de, um novo contexto de cidadania , dar-lhe o direito real a cuidado (...) trata-se de trabalhar efetivamente para que seja um sujeito de desejos e projetos.” (Amarante, 1996:120-121)

Destacamos e sublinhar o valor político da Reforma Psiquiátrica, concebida pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Este coletivo é entendido como uma via de comunicação importante com os outros setores da sociedade. Acreditamos, assim, que os serviços de assistência são espaços indispensáveis para o crescimento e maior visibilidade deste movimento. A formação de atores que acreditem numa inserção social e cidadania possíveis é uma meta importante. A inserção social, assim como a exclusão, não é um dado natural das sociedades, ela é construída no processo de resignação, denúncia, mobilização e ação.

No próximo capítulo damos voz a alguns grupos da Reforma Psiquiátrica. Além dos grupos, analisamos as falas dos seus “usuários” membros para entender, em primeiro lugar, como percebem a própria noção “usuário”, que na Reforma Psiquiátrica marca um novo lugar para o até então conhecido “paciente psiquiátrico”; em segundo lugar, como eles entendem a Reforma Psiquiátrica e a assistência atual; em terceiro lugar, como percebem a idéia de inserção social e de produção da cidadania.

## CAPÍTULO IV

### DISPOSITIVOS EM AÇÃO: O PROTAGONISMO DE USUÁRIOS NA LUTA PELA CIDADANIA POSSÍVEL

#### 1 - A Pesquisa: procedimentos metodológicos.

Para a manutenção dos avanços no campo da saúde mental, que hoje são preeminentes, é necessário reconhecer o vigor da história, o contexto dos acontecimentos, as contradições, as esperanças, as conquistas e as frustrações presentes, que explicitam na Reforma Psiquiátrica o poder de atuação do importante ator que é o movimento social organizado na atuação imprescindível para consolidação de mudanças. Daí, surgem ; com objetivos concretos de reconhecimento real na sociedade e, consequentemente, de ampliação e divulgação da luta que pode ser de todos.

Destacando a diversidade de ações presentes no campo atual da saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, pretendemos contribuir para o registro histórico de alguns grupos que se formam no corpo social na década de 90. Escolhemos para análise dois *dispositivos estratégicos* - protagonistas reconhecidos no processo de reforma - que oferecem lugares sociais diferenciados aos usuários de serviços de saúde mental. Optamos por um *grupo de trabalho* e um *grupo de militância política*. Ambos abarcam pessoas vinculadas a instituições assistenciais e entidades associativas.

Objetivamos ter contato com dois aspectos destes grupos: 1- conhecer como eles estão se constituindo a partir do projeto de inserção social e cidadania para os usuários de saúde mental, coerentemente com o paradigma da atenção psicossocial; 2- investigar o modo como seus componentes "*usuários*" estão podendo viver, ou não, a partir destes espaços coletivos, a inserção social e a cidadã.

É ponto pacífico não tomarmos estes dispositivos e seus atores como modelos (generalizações) de um quadro bem mais diversificado, mas sim entendê-los como experiências concretas de um lugar - o Estado do Rio de Janeiro -, como produtos de um projeto amplo - a Reforma Psiquiátrica - e produtores deste mesmo projeto. Neste contexto, nosso trabalho foi desenvolvido através da metodologia de pesquisa qualitativa.

*"entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento*

quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. (Minayo, 1994a:10, grifos da autora).

Para cumprir os objetivos, realizamos a análise das atas das reuniões dos grupos, coletamos dados por meio de observação participante<sup>83</sup> das reuniões e atividades cotidianas, que nos indicaram suas estratégias de ação (no nível teórico-conceitual e prático-político) e, ao final, fizemos vinte e três (23) entrevistas semi-estruturadas com usuários destes espaços.

As entrevistas foram divididas em quatro tópicos: 1- perfil do usuário (dados de identificação); 2- histórico do tratamento psiquiátrico (internação ou não, tratamento atual); 3- reflexão sobre o campo atual da saúde mental (conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, percepção ou não de mudanças); 4- considerações sócio-políticas do usuário (reflexão sobre os grupos que participam, o que entendem por inserção e cidadania - diante disso como percebem suas relações e sua vida). (Anexo)

Em relação à análise das entrevistas, procuramos compreender como os “usuários” têm percebido as mudanças na últimas décadas no campo da saúde mental, e valorizar a diversidade de opinião destes.

Elegemos deste campo três temáticas que são centrais para o desenvolvimento deste trabalho: 1) A noção “*Usuário*” – entender a posição dos antes reconhecidos “pacientes” em relação à emergência deste termo que os nomeia no campo; 2) A questão da *Reforma Psiquiátrica e Assistência* – conhecer as idéias dos *usuários* sobre as mudanças na assistência a partir da reforma em questão<sup>84</sup>; 3) *Inserção Social e Cidadania* – saber como vivem e percebem estas experiências nos espaços coletivos que atuam.

As entrevistas foram realizadas individualmente. No caso do Núcleo Estadual, foram agendadas previamente. Em relação à cooperativa, poucas entrevistas foram marcadas com antecedência. Coube-nos aguardar a disponibilidade dos cooperativados para a realização das entrevistas. A maior parte delas aconteceu antes ou após a atividade laborativa, sendo que uma ocorreu durante a mesma. Os locais das entrevistas foram os mais diversos. Eram escolhidos pelos próprios entrevistados, onde se sentissem mais à vontade. A maioria foi realizada na sala da biblioteca do Centro de Atividades Integradas do Instituto Philippe Pinel.

Antes do início da entrevista, apresentávamos a pesquisa, comentávamos sobre a importância do depoimento de cada um e os deixávamos à vontade para responder ou não

<sup>83</sup> De acordo com Minayo (1994a:142), o “observador-como-participante” é uma das modalidades de observação participante: “É empregada freqüentemente como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os ‘atores’. Trata-se de uma observação quase formal, em curto espaço de tempo”.

<sup>84</sup> Privilegiamos a questão da assistência na reforma por ter sido amplamente citada nas entrevistas, sendo uma das responsáveis pela construção de dispositivos viabilizadores da inserção social e cidadania (possíveis ou não).

determinadas perguntas. Assegurávamos o anonimato das suas falas, evitando com isso sua exposição posterior. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, sendo que uma foi redigida por solicitação do mesmo.

Duas instituições foram essenciais como informantes-chaves para a concretização deste trabalho, tanto para o acesso ao material bibliográfico específico da área, quanto para consultas que esclarecessem o campo atual da saúde mental. São elas: o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS/NUPES/FIOCRUZ) e o Instituto Franco Basaglia. Participamos também de seminários, encontros, conferências voltados para a abordagem da temática, considerando estes como locais para obtenção de informações privilegiadas.

### **1.1 - Breve identificação dos entrevistados.**

Foram entrevistados vinte e três (23) *usuários*, sendo quatorze (14) do sexo masculino e nove (09) do sexo feminino. Doze (12) usuários eram participantes da cooperativa, nove (09) do núcleo estadual e dois (02) da cooperativa e do núcleo.

A idade variou de 20 a 67 anos (20 a 29 anos – 4 pessoas; 30 a 39 anos – 5 pessoas; 40 a 49 anos – 11 pessoas; 50 a 59 anos – 2 pessoas e 60 a 69 anos – 1 pessoa).

Em relação à escolaridade, a maioria tinha, no mínimo, o primeiro grau completo: 4 pessoas tinham o 1º grau incompleto, 1 pessoa com o 1º grau completo, 9 pessoas com o 2º grau incompleto; 3 pessoas com o 2º grau completo; 4 pessoas com o superior incompleto e 2 pessoas com o superior completo.

A maior parte (19) afirmou ter uma profissão ou já ter exercido alguma atividade laborativa com regularidade antes do problema psiquiátrico. Ressaltamos que a grande maioria não retornou para suas atividades anteriores, seja por causa dos benefícios que recebem, impedindo a volta ao trabalho, ou porque optaram, ou ainda por não se sentirem aptos. Isso não quer dizer que, neste momento, não estejam em atividade, pelo contrário, alguns realizam trabalhos autônomos, dentro ou fora dos espaços da saúde mental, outros fazem cursos de aprimoramento. Há também aqueles que assumem como tarefa o trabalho da cooperativa e o de militância no movimento.

Sobre o sustento cotidiano: seis usuários dependiam da família; dois contavam com a família e o seu trabalho autônomo; um com a aposentadoria pela doença; cinco com a aposentadoria pela doença e trabalho autônomo; um com a aposentadoria por invalidez e com a ajuda das pessoas e instituições; um com pensão familiar; dois com a família e com a aposentadoria pela doença; dois com a família e com a cooperativa; um com o auxílio doença

e com a cooperativa; um com aposentadoria normal e com a cooperativa; e um com auxílio-doença. De algum modo, percebemos que possuíam um tipo de apoio social e familiar. Porém, seria interessante, num outro momento de pesquisa, analisar o porquê de poucos incluírem a cooperativa como uma atividade que auxiliava na sua manutenção. Em uma análise muito incipiente é possível dizer que o trabalho cooperativado ainda não é uma fonte de renda segura para o *usuário*, já que o que recebem ainda é muito pouco, não sendo significativo.

Sobre a moradia, quatro usuários moram sozinhos, dezessete com a família e dois com amigos.

O número de internações também era bem variado: três pessoas nunca foram internadas; uma obteve uma internação; seis pessoas com duas internações; uma com três internações; uma com quatro internações; uma pessoa com cinco; duas com seis internações; uma com vinte e cinco internações; uma pessoa com vinte e quatro; três com “muitas” internações (segundo os entrevistados) e três ficaram em dúvida ( “mais ou menos dezoito”; “de seis a oito”; “de trinta a quarenta” – segundo os entrevistados). Tivemos, então, um perfil bem diferenciado do número de internações: alguns com longas internações e a maioria com internações curtas, mas com reinternações.

Todos, de algum modo, estavam vinculados a algum serviço de saúde mental e em tratamento contínuo: sete em ambulatório psiquiátrico; dois com atendimento ambulatorial de psiquiatria e psicologia; um com ambulatório psiquiátrico e psicoterapia de grupo; nove em serviços abertos; um em serviço aberto e com atendimento ambulatorial psiquiátrico e psicológico; dois em serviço aberto e com médico particular; e um sendo atendido quando era necessário.

Treze entrevistados disseram conhecer seu diagnóstico (variando entre esquizofrenia, distúrbio bipolar, dependência química, “crise nervosa”, melancolia, crise convulsiva, agressividade, neurose grave) e dez não souberam informá-lo.

## 1.2 - A entrada do pesquisador no campo.

Descreveremos e comentaremos como ocorreu a entrada e a nossa permanência como pesquisadora nos dois *grupos-dispositivos* escolhidos para o trabalho de campo.

Na Cooperativa da Praia Vermelha, foi feito um primeiro contato com a psicóloga do Centro de Atenção Diária do IPUFRJ, Denise Corrêa, uma das fundadoras da cooperativa, com o objetivo de obter informações sobre esta. Ela encaminhou para a atual coordenadora do Núcleo de Trabalho e Geração de Renda do Instituto Philippe Pinel, Teresa Monnerat. Foi

apresentado o projeto de pesquisa e falou-se sobre o interesse em fazer a pesquisa de campo na cooperativa. Foi marcado, então, uma ida à reunião para expor nossa demanda aos membros do grupo. O projeto foi exposto e em seguida solicitou-se acompanhá-los durante alguns meses e posteriormente entrevistá-los. O grupo concordou com nossa permanência e pediu apoio e ajuda na divulgação da cooperativa.

Durante mais ou menos quatro meses, participamos das atividades laborativas – mais ou menos três turnos por semana - além da presença na reunião semanal. Procurou-se não ter dias nem horas regulares. Este foi um arranjo para que fosse possível conhecer todos os membros. As entrevistas se iniciaram no último mês, marcando a nossa saída do campo.

O percurso da pesquisa foi interessante. No início nos confundiam como mais uma estagiária da cooperativa. Com o tempo, íamos nos conhecendo melhor. O fato de ser pesquisadora despertava curiosidades nos usuários, faziam perguntas sobre a pesquisa, sobre as tarefas e obrigações, etc.. A todos procurávamos falar do projeto de pesquisa, a fim de desenvolver com eles uma familiaridade sobre o tema e sobre o lugar do pesquisador no campo. Neste caso, não um profissional neutro e distante, mas sim interessado nas atividades, curioso, procurando estabelecer diálogos espontâneos. Uma das questões colocadas era se, como pesquisadora, poderíamos ou não auxiliá-los em algum momento na produção. Alguns comentavam sobre duas formas de participação de “pessoas estranhas” à cooperativa: uma era aquela que tinha a função de fiscalizar, controlar a atividade para fazer observações, apontar falhas, “fazer reprovações”, na avaliação de alguns; um outro tipo de presença era o de quem serviam como um apoio, um incentivo, que estava lá para os “apreciar”, na voz que fazia com que se sentissem melhor, valorizados e mais confiantes.

No Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, o primeiro contato foi feito numa de suas reuniões. Comentamos sobre o projeto de pesquisa e foi falado sobre o interesse de participar como observadora durante alguns meses e no final realizar entrevista com os usuários militantes. A solicitação foi aceita e não foram poucos os momentos em que precisou-se justificar a negativa por assumir certas tarefas – por eles requisitadas - que poderiam dificultar o trabalho de observação. A nossa participação como pesquisadora durou mais ou menos seis meses: não se limitou às reuniões quinzenais; realizou-se também um acompanhamento das tarefas específicas fora destas reuniões.

Apesar de algumas negativas iniciais de alguns usuários para darem a entrevista – tanto por parte da cooperativa como do núcleo - por insegurança, medo de “falar besteira”, “não falar direito”, “não saber responder às perguntas”, de “ser identificado”, na fala de alguns, muitos, apesar do receio, aceitaram o desafio. Em sua maioria, as entrevistas foram



longas. Percebemos um grande interesse em falar da sua experiência, dar opiniões. Foram sinceros e espontâneos nas respostas, destacando-se o viés extremamente crítico da maioria.

Em certos casos, ao final da entrevista, tanto com membros da cooperativa como do núcleo, era perguntado se nós não queríamos registrar o nome todo do entrevistado. O que nos pareceu foi que as entrevistas ocorreram com forte característica de depoimento que, neste caso, não deviam caracterizar o seu anonimato, mas a sua autoria. Pode ser que tenha a ver com este momento de exposição dos usuários, mostrando a sua “cara”, suas idéias e seu poder de refletir e pensar.

Achamos importante trazer estes relatos da ida ao campo para marcar que a entrada de um pesquisador no campo não passa despercebida pelo grupo. Se, para o pesquisador, o registro de informações é importante para o seu estudo, num outro ponto de vista, sua presença passa a ser parte da história destes espaços, construindo novas relações, entendemos que a presença do pesquisador não precisa ser distante e fria, interessada, responsável e respeitosa àqueles que permitiram a realização da sua pesquisa, contribuindo de várias formas para a execução desta.

Estes *grupos-dispositivos* são espaços abertos, públicos, que demandam, assim como seus usuários em relação à sociedade, reconhecimento e incentivo às suas propostas. Portanto, ao lado das questões a serem analisadas como objetivo da pesquisa fica o aprendizado do convívio, da vivência do problema e das emoções no lidar com as relações humanas.

## **2 - Dispositivos Grupais na Reforma Psiquiátrica: a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial/RJ.**

Por que dentre tantos novos grupos na saúde mental escolhemos um de cooperativa de trabalho e outro de militância política? Vamos tentar explicar. Sabemos que a questão do trabalho é central aos *usuários* de saúde mental que pretendem se sentir inseridos na sociedade. É claro que existem várias formas de inserção numa sociedade, mas aquela que historicamente marca a possibilidade de sobrevivência e de reconhecimento maior para seus membros é a realizada pelo trabalho. Está posto, então, o grande desafio aos usuários de serviços de saúde mental e de seus “coletivos protetores”, que é a inserção pelo trabalho. Uma outra questão que objetivamos dar destaque neste contexto é a da constituição de um movimento político organizado, em um momento de pouco incentivo no nosso país aos coletivos reivindicatórios.

Para pensarmos o tipo de cidadania e inserção social possível para os usuários de saúde mental, optamos por escolher dois dispositivos - a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo

Estadual do Movimento de Luta Antimanicomial/RJ – que, ao mesmo tempo em que buscam mudanças no cenário institucional, afirmando a possibilidade de um outro “lugar social” para a loucura, expõem desafios, se ou não, para a sociedade e suas políticas e instituições, a necessidade de sua transformação. Portanto, estratégias de ação política que se utilizam de recursos diferenciados para o seu exercício e dinâmica.

Os participantes destes grupos, de modo geral, são pessoas que já se sentem *habilitadas*, isto é, com condições mínimas de usufruir de espaços na sociedade em que se vêem impedidos. Eles esbarram no preconceito da sociedade, nos seus próprios limites diante das exigências do mercado capitalista e na falta de apoio das políticas públicas e sociais.

Os usuários que se aproximam destes espaços trazem consigo as influências dos serviços aos quais pertencem - ambos dispositivos analisados se caracterizam como grupos intermunicipais<sup>85</sup>. O modo de compreender seu tratamento e seu lugar na sociedade pode, então, ser ressignificado nestes coletivos. Outro ponto importante é o da dinâmica destes dispositivos: como têm-se estabelecido a relação técnico e usuário numa cultura tradicional de hierarquia do saber e de dependência do segundo ao primeiro? Estas questões aparecem na discussão da cidadania e da inserção social? Os dispositivos grupais a que nos referimos são compreendidos como concessões dos técnicos, dos serviços, dos políticos ou como direitos adquiridos na luta política do movimento?

A forma como vamos encarar estes grupos partirá da hipótese de que o movimento da Reforma Psiquiátrica surge com uma *disposição de ação política* que com o tempo se arrefece, justamente, com as primeiras conquistas de mudanças na assistência e com a intensidade da participação dos usuários. Neste sentido, o risco com o qual se depara é o de naturalização dos novos acontecimentos na saúde mental, não relevando a sua construção histórica e o seu instrumento de luta micro e macro-política, que dependem da força de organizações coletivas, como a cooperativa e o núcleo estadual, em atuação conjunta com outros movimentos sociais. Cabe-nos apontar que estes dispositivos tentam desmontar duas modalidades de oposição historicamente construídas, que durante os últimos séculos foram

<sup>85</sup> São grupos abertos que recebem pessoas não só da cidade do Rio, mas também de cidades (claro que a frequência na participação fica praticamente restrita a quem é da cidade ou de municípios próximos) como Niterói. Isto comprova a força da reforma na capital do Estado, centralizando as discussões e as novidades neste campo. E também aponta para o potencial reformador do hospital psiquiátrico público, que acolhe os novos coletivos, inclusive aqueles que visam ao seu fim. Deparamo-nos com uma tensão: como grande parte dos recursos públicos ainda são para os hospitais, é comum serem destes a infra-estrutura que sustenta os novos dispositivos aos usuários; ou seja, ao mesmo tempo em que se quer acabar com eles, é a partir dos mesmos que será possível novas alternativas de inserção na saúde mental. Diferentemente da Itália, onde em algumas cidades a construção de espaços substitutivos e mudanças culturais só foram possíveis por causa do fim dos hospitais, aqui no Brasil é com os hospitais comprometidos com a reforma que os novos dispositivos conseguem contar, sendo referência estadual.

impostas à sociedade: loucura x trabalho e loucura x militância política. Este, acreditamos, é o grande desafio destes grupos e de seus participantes.

## **2.1 - Apresentação da Cooperativa da Praia Vermelha: histórico e objetivos.**

As informações da Cooperativa da Praia Vermelha, para este estudo, foram adquiridas através dos textos publicados sobre a mesma (Wanderley et alii, 1997; Monnerat, 1999); do seu material de divulgação; da observação participante (08/04 a 12/08/99); das atas das reuniões (13/03/97 a 29/04/99); e de entrevistas com Teresa Monnerat (psicóloga do Instituto Philippe Pinel e coordenadora do Núcleo de Trabalho e Geração de Renda) e Abrahim Farhat (membro do Comitê Chico Mendes, sócio-fundador da cooperativa e familiar).

Relembrando a formação da cooperativa, apontamos para o ano de 1995. No I Encontro de Usuários, organizado pelo Instituto Franco Basaglia, neste ano, na Colônia Juliano Moreira, os temas da exclusão e geração de renda foram centrais. A discussão desses temas continuou no Instituto Philippe Pinel, sob a coordenação de duas psicólogas. A demanda nos serviços por pensar esta questão surgiu de usuários de oficinas terapêuticas, com boas condições clínicas, que demonstravam insatisfação diante de atividades realizadas sem retorno financeiro.

Em resposta, surgiram iniciativas como o Projeto “Bolsa de Trabalho”, criando oportunidades de participação de usuários em atividades laborativas dentro de algumas instituições como o IPUFRJ e o Hospital de Jurujuba, através de atividades como recepcionista, ajudante de copeiro, jardineiro etc.

Nesse meio tempo, a partir da motivação de um familiar para trabalhar na consolidação de espaços efetivos de trabalho na saúde mental, do contato realizado com a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da UFRJ<sup>86</sup> e do apoio da Secretaria de Desenvolvimento Social do município do Rio de Janeiro, o cooperativismo passou a ser uma “estratégia para enfrentar a exclusão” neste campo.

---

<sup>86</sup> A IntecCOOPE (Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, da COPPE/UFRJ) é um dos programas de pós-graduação em Engenharia da UFRJ. Ela “presta os serviços necessários à montagem/reciclagem de cooperativas”, como consta no seu material de divulgação, oferecendo ainda assessoria aos grupos já formados e cursos àqueles interessados em formar uma cooperativa.

Segundo Monnerat, a idéia de cooperativa<sup>87</sup> também surgiu como um dos “produtos” do Movimento da Luta Atimanicomial<sup>88</sup>, ou seja, como uma “estratégia de organização” envolvendo trabalhadores autônomos fora do mercado de trabalho formal.

Em maio de 1996, ocorreu o primeiro curso de cooperativismo, realizado pela incubadora, contando com a participação de cinquenta usuários de vários serviços do Estado do Rio, sete profissionais, uma estagiária e a equipe técnica da incubadora. Outro curso ocorreu em agosto de 1997, sendo o último realizado em março de 1999, com setenta pessoas inscritas, quarenta e cinco participando do curso e vinte e cinco iniciando o estágio na cooperativa. Os iniciantes têm um mês de aprendizado e de convívio com o grupo; a partir daí escolhem se desejam ou não permanecer. Ressaltamos que os objetivos do curso não são apenas os de obter mais participantes para o grupo de trabalho, mas também os de divulgar o projeto cooperativo e incentivar a formação de novos coletivos.

Com aprovação em assembléia, a cooperativa ganhou o nome de “Praia Vermelha”, por ser o grupo da Incubadora Tecnológica, pelo fato de a cooperativa estar localizada na Praia Vermelha, na UFRJ, na Praia Vermelha, no bairro da Urca. Esta cooperativa é um dos projetos incorporados ao Núcleo de Trabalho e Geração de Renda do Instituto Philippe Pinel (IPP). Está instalada no segundo andar do IPP, junto ao Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS). No início do projeto, tentou-se dividir as produções entre o IPP, o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUFRJ) e o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Como isso não foi possível, todas as atividades ficaram centralizadas na primeira instituição, onde aos poucos foi sendo reconhecida: “foi um espaço que a gente foi conquistando pelo próprio trabalho”, declara a coordenadora Monnerat.

A cooperativa possui três ambientes principais: uma cozinha industrial, recém construída, uma ampla sala de reuniões, com banheiro, e uma sala da coordenação, funcionando como uma secretaria administrativa e como local para depósito de material. O trabalho acontece de segunda à sexta-feira, durante os turnos da manhã e da tarde. Neste período o acesso é livre, sendo que a responsabilidade pelas chaves destes espaços é dos funcionários do IPP.

Em agosto de 1999, contabilizaram-se 33 membros da cooperativa (14 homens e 19 mulheres), sendo 05 familiares (04 são mães de crianças tratadas no Núcleo de Atendimento

---

<sup>87</sup> Do termo cooperativa se entende: “uma sociedade de, no mínimo, 20 (vinte) pessoas físicas, com um interesse em comum, economicamente organizada de forma democrática, isto é, com a participação livre e igualitária dos cooperativados, aos quais presta serviços sem fins lucrativos”. (OCB, 1996:09)

<sup>88</sup> A ligação com a luta política é clara, por exemplo, nos coletes que usam na venda de produtos, além do telefone da cooperativa está escrito: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

Integrado à Criança Autista e Psicótica –NAICAP/IPP) e 28 usuários de ambulatório e de diferentes serviços abertos (do município do Rio de Janeiro e Niterói)<sup>89</sup>. Somaram-se a estes uma estagiária de psicologia e dois profissionais do IPP (a psicóloga e coordenadora do núcleo e uma terapeuta ocupacional). Estas são as responsáveis diretas pela cooperativa perante a instituição, com funções de coordenação, supervisão, administração, etc. As profissionais não recebem pelo trabalho na cooperativa.

O trabalho divide-se em dois tipos de atividades: produção e venda. Estas são anotadas em planilhas específicas, que registram a produção e a hora trabalhada. Na planilha é feito o cálculo do pagamento do cooperativado, sendo que uma porcentagem do valor a ser pago vai para o fundo da cooperativa. Existe também a tarefa de divulgação, porém sem remuneração, exercida por alguns usuários, pelo familiar sócio-fundador e pelas técnicas.

Semanalmente o grupo se reúne (a participação oscila entre 18 e 26 pessoas) durante três horas, para informes, discussão de vários temas, organização do trabalho, resolução de problemas das relações cotidianas, lembrar e criar normas laborativas etc. A reunião é documentada em Ata e ao final é feito o agendamento para as atividades da semana seguinte. De quinze em quinze dias realiza-se o pagamento pela hora trabalhada. Na Barraca Biruta, concedida pelo IPUFRJ, e localizada no campus da universidade, o grupo tem exposto e vendido seus produtos. Porém, a maior parte da venda é feita individualmente pelos usuários que percorrem todo o Campus Universitário da UFRJ com uma cesta com produtos. Há também encomendas pelo telefone.

Desde sua origem, a cooperativa conta com a parceria e o apoio de diversas instituições e entidades<sup>90</sup>, comprovando a importância da integração das instituições para a consolidação inicial de um projeto inovador.

<sup>89</sup> Os dados e informações básicas dos cooperativados estão em fichas preenchidas para o curso de cooperativa: dados pessoais, identificação da instituição em que se trata e do técnico de referência, além de informação sobre recebimento de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. Existe uma atualização destas informações para a solicitação de vale-transporte.

<sup>90</sup> São elas: Colônia Juliano Moreira (que não se manteve no projeto por problemas da distância), IntecOPPE/UFRJ, Comitê Chico Mendes, Grupo Musical Paralamas do Sucesso (que doou no início da cooperativa uma quantia para financiar as despesas de cartório necessárias para sua formalização e registro), Associação de Doentes Mentais de São Gonçalo (ADDOM), Associação Cabeça Firme de Niterói, Cooperativa Agro-Extrativista<sup>90</sup> de Xapuri, no Acre (realização de um convênio, no início, para envio de castanha do Pará a preço de custo), posteriormente com a participação do Grupo de Trabalho Amazônico-GTA (organização não governamental, representante das cooperativas agroextrativistas, composta de 360 entidades de povos tradicionais da Amazônia - índios, ribeirinhos e seringueiros), contribuindo com envio de castanha, e a ajuda financeira do Governo do Acre, etc. . Juntam-se a essas as parcerias do dia-a-dia: o Instituto Philippe Pinel (como descrevemos oferece o espaço físico, suporte na alimentação dos cooperativados, no pagamento das contas de luz, gás, telefone), o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUFRJ), o Hospital Estadual de Jurujuba-Niterói, o NAPS Herbet de Souza-Niterói, o Hospital-Dia Ricardo Montalban, o Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o CAIS-IPP, a Associação de Amigos do CAIS-IPP. Inclui-se também o apoio, em 1998, do Ministério do Trabalho para compra de

O cooperativismo<sup>91</sup> que está sendo implantado, neste caso, surgiu como uma alternativa ao mercado formal de trabalho, em que os próprios *usuários* podem gerir o espaço, criando um outro parâmetro de avaliação da sua condição de trabalho, o que não deixa de ter implicações no campo social, sob o modelo hegemônico da sociedade do emprego.

Na prática, percebe-se, em alguns casos, que a cooperativa como meio de trabalho sem carteira assinada, causa mal-estar para os usuários – parecem carregar consigo o imaginário de valor do trabalho predominante na “sociedade salarial”. O ganho pela hora trabalhada, às vezes, desencadeia dúvidas quanto ao valor recebido e desconfiças em relação a quem ganha mais, como se houvesse alguém sendo privilegiado e não porque, ao contrário, trabalhou mais. Assim, alguns acabam saindo da atividade, por não ser emprego de carteira assinada e não ter garantias trabalhistas. Nos fala Farhat:

“(...) vejo, né, que a cooperativa (...) é uma luta política dos trabalhadores, se organizaram pra não ser explorado pelo patrão, não vender sua força de trabalho (...) É uma união de pessoas (...) nós aqui estamos tentando fazer cooperativa de trabalho, que muitas vezes é cooperativa social (...) trabalhar de uma forma onde não existe patrão e colocar isso dentro da cabeça do trabalhador é difícil porque ele está acostumado a receber ordens. Então, a cooperativa é isso, são pessoas que se unem, seja aqui dentro do hospital, na floresta, em aldeia indígena, aonde você quiser se reúne: ‘Olha, nós vamos decidir hoje não derramar mais o nosso suor pro patrão, mas isso tem implicações, tem complicações que só vai ser tirada disso aí’.” (entrev. F.)

A cooperativa tem por objetivos gerar trabalho e renda aos usuários e romper com o preconceito de que estes, devido ao seu sofrimento psíquico, são incapazes de estarem na vida social produtiva. Isto se dá levantando a bandeira da ecologia e da Amazônia, integrando a luta dos usuários de saúde mental - pela cidadania e inserção laborativa - com a luta dos povos que vivem e defendem a floresta brasileira. Assim, optou-se por uma produção voltada para alimentos com o produto da castanha do Pará, uma noz brasileira, de alto valor protéico, pouco conhecida na região sudeste. As atividades na cooperativa começaram com a produção de bombons de castanhas do Pará e castanha salgada, atualmente, além destes, há o biscoito de castanha, o pão de castanha, sorvete de castanha, bolo de castanha, bombom de cupuaçu e cartonagem (produção de pastas e embalagens artesanais para presente).

---

equipamentos para a produção -- adquirido do Fundo de Amparo ao Trabalhador, sendo a seleção e administração do projeto realizada pela Fundação Banco do Brasil.

<sup>91</sup> O cooperativismo no Ocidente europeu surge no início do século XIX como uma forma dos trabalhadores se organizarem com o início da industrialização. Nos anos 30, no Brasil, cria-se a primeira lei de cooperativas, dando início ao seu aparecimento. A Aliança Cooperativista Internacional (ACI), no seu Congresso, em 1995, trabalha com oito princípios: 1-Livre Acesso e Adesão Voluntária; 2-Controle, Organização e Gestão Democrática; 3-Participação Econômica dos Membros; 4- Distribuição dos Excedentes ou Sobras para o desenvolvimento da Cooperativa para os Serviços Comuns e entre os sócios na proporção de suas operações; 5- Educação, Formação e Informação; 6- Intercooperação em âmbito Local, Nacional e Internacional; 7-Aspiração

Ainda não foi possível oficializar o estatuto<sup>92</sup> e encaminhar o regimento interno, tendo como dificuldades os altos custos dos impostos, a burocracia imposta para regulamentação deste tipo de atividade e o problema de não poder ter como membros os cooperativados que recebem benefícios do INSS ou aposentadoria pela doença. Logo, no dizer de Monnerat, o grupo de trabalho vive uma situação em que ainda não é nem cooperativa, nem associação, apesar de terem regras como se fossem: mantém-se através do registro da AMOCAIS-IPP. Até o momento, tem optado por aguardar a aprovação nacional do Projeto de Lei das Cooperativas Sociais, do Deputado Paulo Delgado, como uma alternativa que crie possibilidades reais para sua oficialização.

Coadunados com a idéia de desinstitucionalização, os objetivos são amplos e complexos e visam a criar uma história própria, dentre tantas que se entrecruzam neste espaço.

“criar outra história, uma história que tem relações e atores que pertencem às instituições, nós temos a história do IPUB, nós temos aqui a história do Jurujuba e outras instituições também, o grupo de trabalho Amazônico, a gente tem história, mas que a gente não seja igual a instituição, que a gente imprima os nossos valores, que a gente imprima as nossas regras sempre ouvindo uma coisa maior, mas que a gente faça a nossa história, isso pra mim é desinstitucionalização”. (entrev. M.)

Por isso, a preocupação de constituir uma cooperativa aberta e democrática, com a participação de diferentes tipos de pessoas. Todas se complementando na diferença, visto que, inclusive, as dificuldades de alguns usuários na gestão de um espaço requer tomada de decisões, grande agilidade em negociar, etc. A perspectiva de uma maior conquista de autonomia para o grupo “andar com as próprias pernas” é um fato importante para as técnicas envolvidas com o grupo. Nas últimas reuniões, voltaram a pensar sobre a necessidade de constituírem uma diretoria, pois, já há algum tempo, a diretoria anterior foi desmembrada.

O hospital, no contexto da Reforma Psiquiátrica da cidade do Rio, caracteriza-se como aquele que deve acabar, por ser hoje espaço tradicional de tratamento; mas, ao mesmo tempo, é o lugar aonde existem os recursos humanos, materiais, financeiros que sustentam os novos

---

de Conquista ou Expansão Constante; 8- Autonomia e Independência. (material de divulgação da IntecCoppe - mimeo).

<sup>92</sup> O Estatuto Social já está pronto, faltando a definição de ser Associação ou Cooperativa e o endereço definitivo. Contém 28 (vinte e oito) artigos. No artigo segundo, consta como finalidade: o exercício de cidadania, através de atividades sociais, políticas, econômicas etc; facilitar troca social, o companheirismo e a solidariedade; estimular ações e práticas alternativas ao modelo hospitalocêntrico; promover capacitação profissional; contribuir para transformar a cultura de exclusão; oferecer maior autonomia e reconhecimento social; lutar pela legislação municipal de passe-livre para os usuários em tratamento; e lutar para que a legislação brasileira garanta os direitos civis dos usuários.

dispositivos da saúde mental. Este dilema é colocado pela coordenadora do núcleo de trabalho e pelo familiar sócio-fundador:

“(...) Eu acho uma desvantagem de estar aqui dentro, eu acho que é estar dentro de uma instituição psiquiátrica, que é uma história da assistência impregnada, eu acho que isso tem peso, tem um peso em cima das pessoas que vêm pra cá, em cima dos produtos que a gente vende, a coisa do Pínel, do Hospital, eu acho que teria uma outra cara se tivesse numa casinha no Campus ou em algum local que a gente imaginasse (...) A vantagem é que você tem, financeiramente falando em termos de estrutura você tem, você não paga luz, telefone, alimentação, tem todo um aparato, fora isso, você tem outros companheiros (...) são pessoas que estão trabalhando pela reforma, estão aqui dentro, que são aliadas (...)”. (entrev. M.)

“(...) tem também um problema que nós temos que vender o preconceito, eu já perdi duas freguesas por causa do preconceito, quando eu digo onde é produzido, vejo uma hora aceitarem, depois: ‘Não, não traz mais’ ”. (entrev. F.)

A assistência e seu aspecto terapêutico está redimensionada na estratégia de inserção pelo trabalho. Não é um espaço em que o diagnóstico determina posturas. São pessoas que permanecem em tratamento e que acreditam que podem requerer mais das suas vidas, sendo uma das possibilidades por meio de um “trabalho especial”:

“Eu acho que a questão terapêutica está imbuída em qualquer coisa que te dê bem estar, que te dê prazer, te dê uma qualidade de vida melhor. Você vai na praia, vai andar na beira do mar, ver o pôr do sol, mas não é uma proposta de que a gente vai fazer um tratamento. A gente vai cuidar do trabalho. É um trabalho mais cuidadoso, mais assistido, que tem horas que você tem que pontuar as coisas, mas não é objetivo nosso fazer assistência no sentido terapêutico, é um trabalho, vamos chamar de trabalho assistido, tem vários outros nomes pra esse tipo de trabalho que a gente tá fazendo, mas não é o objetivo maior como terapêutico na questão clássica, de fazer isso aqui. Tanto é que a gente busca o controle de qualidade e vai ter um momento que fulano não vai poder trabalhar porque não tá bem, porque a questão do produto é muito importante. A forma como eu vou dizer que você não vai poder trabalhar, (...) a gente pensa que seja de uma forma que vá ajudar a essa pessoa, a entender os limites dela, a entender o que ela vai poder, pra estar ajudando lá fora também. Não é uma punição pra castigar. (...) É terapêutico, mas não é esse objetivo principal, a questão é a geração de renda e elaborar produtos de qualidade, que tenha comercialização, que tenha um retorno pra elas”. (entrev. M.)

### **2.1.1 - O dia-a-dia na Cooperativa: um olhar para a dinâmica de trabalho.**

A Reunião semanal com todos os participantes é um espaço para a organização das atividades, para a discussão das equipes de trabalho da produção, para esclarecimentos e criação de regras sobre o cuidado com a qualidade do produto, com a higiene pessoal, para discutir a necessidade da solidariedade na crise e fora dela e para colocar às claras conflitos no grupo, evitando situações de mal-estar e “fofoca”.

Alguns problemas são detectados no grupo pela coordenação, como, por exemplo, a falta de iniciativa para “tomada de decisão” de alguns, incumbindo os técnicos da organização das atividades. O temor de errar é uma constante. Ao grupo, então, pede-se o exercício crítico nas atividades e o uso da tolerância e solidariedade nas relações: “Quem está muito bem está no mercado de trabalho”, diz um participante.



Outro ponto é a intensa discussão referente à falta de dinheiro, relacionado ao transporte coletivo para a chegada ao local de trabalho. Reclama-se que o que se ganha não cobre nem os custos de transporte.

A preocupação com o ganho financeiro é grande. A expectativa de que só o fato de estar no grupo garante um dinheiro significativo cai por terra no dia-a-dia, sendo fator de desmobilização e desinvestimento no seu trabalho e no grupo: “a gente batalha, batalha e quando recebe é pouquinho”. Mas também compreende-se a singularidade desta proposta de trabalho: “entramos na cooperativa para ganhar um dinheiro, mas não é salário, tem que trabalhar para poder ganhar”; “se diminuir a venda diminui a produção e o salário”. Há abertura, então, para que o trabalho aconteça no campo do acolhimento, este é um dos ganhos: “a gente tem que dar a mão, se não tá legal, de repente fica bom trabalhando”. Ao mesmo tempo, a experiência na cooperativa colabora para enfrentar o trabalho competitivo, espaço para o qual alguns pretendem voltar. São todas experiências de amadurecimento e de vida.

“(…) Claro, que eles reclamam, tem reclamação pelo baixo salário (…). Então, eu acho, eu noto neles uma alegria, uma coisa pra frente, claro que esses problemas, essas reclamações vão haver, isso é normal e nós que tamos nessa luta sabemos (…) porque é sinal que tá vivo, até me deixa alegre quando algum vem me reclamar, me deixa alegre porque, é aquilo que eu volto a dizer, tá começando a ter um pensamento crítico, é lá que se elabora muita coisa dessa vida (…) cabe aos técnicos, a todos nós que entendemos de cooperativa mostrar que é polêmico, que a coisa não é fácil (…)”. (entrev. F.)

Alguns impasses estão presentes neste trabalho insertivo. A cooperativa, ao divulgar o trabalho na sociedade, intervindo culturalmente, por vezes convoca a mídia. Esta atitude cria em relação à tríade loucura-trabalho-sociedade algumas questões para os usuários: mostrar ou não seu rosto? Alguns usuários, numa atitude política, acreditam que esta é uma forma de mostrar que os “loucos estão tentando se assumir na sociedade”. Outros solicitam que não se fale de diagnósticos para evitar o preconceito em relação à cooperativa e a eles próprios. Alguns acham importante falar da cooperativa, mas não querem se identificar para não serem chamados de loucos. Outros ainda alegam que a mídia intervém na imagem, podendo modificar o cultura do estigma, fazendo “avançar nas conquistas dos usuários”.

Algumas falas nas reuniões demarcam o lugar que estão construindo: “cada um é seu próprio patrão e deve ter responsabilidades”; “uns são mais lentos outros mais rápidos; “temos que respeitar o ritmo de cada um”; “se não vende não ganha”; “pode ter dificuldade, mas com responsabilidade”; “eu não uso cooperativa da solidariedade, mas cooperativa do amor (…) vejo a necessidade das pessoas (…) ele está é precisando de amigo (…)”; “ninguém faz caridade, aqui estão para trabalhar e ser solidário”; “se a gente não se unir, não tiver união,

nada vai pra frente”; “esta é uma cooperativa com pessoas que têm dificuldades de trabalho lá fora, por isso é preciso ter tolerância de uns com os outros”. O aprendizado é permanente e esta convivência já tem seus efeitos, como assinala a coordenadora do núcleo de trabalho:

“sinto o grupo mais organizado, mais responsáveis, com mais autonomia no trabalho, estão, com mais higiene, eu acho que eles assimilaram algumas regras estabelecidas que eram muito difíceis, eles vêm assimilando com mais regularidade. Não falta, agenda não falta, telefonam: ‘Olha, não to bem, não to indo’. Dão satisfação que não davam antes. (...) , os mais antigos já sabem que se trabalhar menos ganha menos, se trabalhar mais ganha mais e vai depender da venda, entenderam como que se dá o processo, isso percebemos já”. (entrev. M.)

Observamos que a cooperativa hoje é uma referência importante para as instituições que pensam em criar uma associação ou mesmo uma cooperativa de trabalho. Cresce também o interesse de pesquisadores pela proposta. No período que lá permanecemos, outra pesquisa estava sendo desenvolvida. Houve procura também para entrevistas de usuários e da coordenadora do núcleo para estudos acadêmicos sobre a cooperativa.

### 2.1.2 – Caminhando para a inserção social e a cidadania.

A cooperativa, como um dispositivo grupal na Reforma Psiquiátrica, ajuda a produzir outros sentidos para a vida através dos encontros realizados. As idéias de Reforma, de reabilitação, de inserção social podem adquirir novas leituras a partir dos encontros, das novas vivências, como afirma Monnerat na sua experiência neste grupo:

“(...) vamos falar em reabilitação ou em reforma, o que for, porque eu acho que só novos vínculos, novas relações vão ajudar essas pessoas a reintegrar, a se estabelecer (...) Eu acho que na hora que você faz os vínculos, faz as alianças, briga, faz as pazes e se compõe dentro de um grupo, se compõe de forma diferente. Isso restabelece as relações dessas pessoas que tão completamente reprimidas pela doença, pela história de tratamento, pelo isolamento, até dentro da família ou dentro do próprio tratamento, então o que é rico na cooperativa são as relações que são estabelecidas ali, que além da questão de estar gerando renda, sim, mas fulano que se dá bem com beltrano, que faz aliança comigo, isso enriquece muito, isso é vida (...) Eu acho que é muito difícil saber os limites: ‘Agora ele tá se inserindo na sociedade’. A gente não tem essa preocupação maior, mas a partir do momento que eles tão atuando aqui, tão se relacionando, tão com outras pessoas, tão vendendo, tão indo a fóruns pertinentes a sociedade organizada, eu acho que eles tão dividindo aí, tão participando, tão se sentindo gratificados (...) É um processo que a gente quanto mais aberto a gente se propõe a ser mais rica fica essas relações, mais pessoas chegam, mais parceiros chegam (...)”. (entrev. M.)

A cooperativa, em alguns casos, é mais do que alternativa ao trabalho formal. Ela, na verdade, torna-se uma solução, um projeto de vida no qual vale a pena investir:

“acho que é uma perspectiva pra essa clientela que vem melhorando na reforma. Vir trabalhar na cooperativa é quase uma solução pra algumas pessoas, pra outras é uma forma de estar ajudando, tirando um dinheiro pra ajudar em casa, mas tem outras pessoas que tem muito da vida deles aqui na cooperativa (narra o agradecimento de um cooperativado) ‘Eu te agradeço muito’. ‘Mas a mim?’ [coordenadora] ‘Eu

te agradeço muito. O que seria de mim sem a cooperativa? Como que eu ia estar aí procurando emprego? O que que eu ia estar fazendo? Onde eu ia estar?’ Então, aqui era o lugar dele, o lugar da produção. ‘Escuta, você não tem que agradecer a mim não, tem que agradecer ao grupo todo. Vocês é que tão tocando isso aí, eu só to facilitando’ [Diz a coordenadora]. Então, o significado do trabalho, pra muitos isso aqui tá colocado a vida, pra outros isso aqui é um algo a mais, tem outras coisas lá fora e querem um lugar a mais, mas tem pessoas que isso aqui é a vida da pessoa em termos de perspectiva (...) Eu acho que eles colocam aqui, eles querem é se organizar mais, ganhar mais, não tão preocupado pra sair daqui e procurar um emprego lá fora, muitos poucos eu ouço falar isso. Isso aqui é meio assim, é o trabalho pra vida deles, pra grande parte.. (pergunto se acha positivo) Eu acho que é o viável nesse momento, num país que não tem opções, você vai na Itália você tem várias formas de se inserir no trabalho protegido, você não tem opções nem pras pessoas que tão bem, qualificadas, então pessoas que não tão bem, que não tão qualificadas, então não tem outra opção, eu acho que a gente tem que botar a cooperativa numa realidade brasileira e aqui fica como a solução, ou essa ou outras similares a essa (...). (entrev. M.)

Encarar o preconceito para ir contra seus efeitos e suas produções subjetivas, torna-se um exercício de cidadania. Saber lidar com as contradições do processo de inclusão e exclusão é um grande desafio. Por exemplo, um cooperativado fala da vontade de vestir a camisa “Por uma sociedade sem manicômios”, porém não tem coragem, pois é como se assumisse a doença, incentivando o estigma e preconceito na sua vizinhança. Normalmente, são pessoas que não lhe dão ouvidos, viram a cara e se pôr a camisa alimentará a idéia de que é “inferior mesmo”. Sobre esta questão da luta contra o preconceito nos parece de imensa riqueza a experiência trazida por Farhat, através da luta política de um hanseniano que percebe que só obterá respeito e reconhecimento social se assumir sua doença. Os direitos conquistados viriam desta realidade, isto é, o que vem sendo chamado por nós de “discriminação positiva”. A luta contra a “segunda identidade perversa” existe ao afirmar sua condição e não ao negá-la.

“[história que relatou de uma professora da UFRJ que se aproximou da barraca, comprou o biscoito e quando ele disse que era feita no Pinel..] Ela pegou o dinheiro e foi embora, eu fiquei...!!! (...) esse preconceito nesse Brasil (...) precisa ser estudado isso com muito carinho porque senão o próprio paciente ele assume essa identidade, que o companheiro meu do Acre chama de a segunda identidade perversa. Ela atrasa na sua cura, se não na cura, se não houver cura, mas na sua forma de enfrentar a vida, sempre ele tá olhando pra baixo e Bacural que era do movimento hanseniano ele dizia que ele só se tornou gente, mesmo sem ele deixar de ser leproso, hanseniano, quando ele disse: ‘Eu sou hanseniano e daí é que vai partir as minhas atividades, a minha luta, o que que adianta eu negar? Se eu sou. Pra que esconder e encubar? (...) A pessoa encubada é uma pessoa que não tem identidade (...) ele se fecha (...) eu não sei quanto tempo vai demorar é essa questão de saber como o doente mental vai assumir a sua doença, não andar gritando aos quatro cantos, mas assumir: ‘Olha, eu sou doente’. E a partir daí ele elaborar uma luta (...) a gente sabia explorar esse preconceito, na hora em que eu pegar esses companheiros doente mental e botar na frente de uma palácio eles ganham o que você imaginar, porque aí você vai ver os preconceitos deles: ‘Afasta esses leproso daqui, afasta esses louco, essas prostituta’. É uma maneira, contradição, de você resolver os seus problemas, aí com isso eles iam pra Assembléia e era com ele que eu participava do movimento, num instante eles ganharam dois salários mínimos, passagem de ônibus e casa, porque? Porque o governo queria se ver livre. É uma questão de inteligência e de contradição. (...) Mas, na realidade são pessoas querendo, aí ele chama a palavra mais bonita, seria reintegração: ‘Nós queremos se reintegrar a essa sociedade. Se vocês não nos reintegrarem vocês vão ver. (...) Pelo trabalho, pela questão política, pelo direito de cidadania de casa (...) um cidadão atrás dos seus direitos’. (entrev. F.)

A experiência de assumir determinada identidade para assim poder lutar pelo que precisa só foi possível ser concretizada pela visão de que era necessária a ação política. Monnerat e Farhat identificam que a *ação política* não é de alguns, mas de uma conjuntura nacional, aonde a loucura tem feito parte de outros movimentos que, igualmente, reivindicam reconhecimento e direitos:

“Eu acho que a gente tem que pensar um pouco diferente. Não sei, eu vejo como novos lugares, pessoas portadoras, são pessoas em desvantagem. São pessoas que são diferentes, então eu acho que a gente tá vendo a questão do deficiente físico, tem tido um olhar mais diferente pra essa clientela, pro deficiente mental, o louco, os jovens com síndrome de Down, eu acho que tem tido um movimento que é um movimento de olhar pra essa clientela e ver que são pessoas que tem suas dificuldades, tem suas características e acho que tem um espaço pra isso aí. Eu não sei se é só da loucura, eu acho que tem tido um movimento todo com esse olhar do diferente. Eu acho que tem tido um espaço mais respeitado”. (entrev. M.)

“(...) o que eu entendo por política é que todo cidadão é um ser social e político, agora claro que nos roubaram isso, mas eu sou um desses caras que tem milhares, milhares no Brasil que luta pra resgatar essa cidadania (...) A política antimanicomial, ela é específica (...) Essa política ela supera os partidos, mas tá inclusa (...) Política é isso, política é uma necessidade, que muitos foram roubados, eu tô falando isso como trabalhador, que significa antes de mais nada de participação, como ser vivente, aí eu vou te repetir aquilo que um trabalhador do Acre, um seringueiro, disse: ‘Você não pode ser como uma bosta n’água no remanso, que vai pra cima, que vai pra baixo e não sabe pra onde vai e não vai a lugar nenhum’, e é por isso que o Brasil tá assim, é porque a maioria do seu povo diz assim: ‘Política é pra doutor, política é coisa de rico’. Todo dia ele tá participando a existência do país seja trabalhando, pagando imposto, produzindo”. (entrev. F.)

Importante também o desabafo de Farhat, preocupado com ações que transcendam o cotidiano da assistência e do “trabalho especial”, pois compreende que a própria manutenção destes dependerá da luta maior, macro de seus atores, ou seja, no exercício da cidadania consciente sobre a realidade.

“Eu acho que a questão agora, eu acho que nós estamos passando aqui no Brasil, o que eu sinto, é quem não participar dessa sociabilidade, direito a educação, por emprego, por melhores salários, saúde e escola, eu acho que todos nós estamos sentindo isso na cara, vai ficar pior, eu acho é até uma indagação, uma obrigação, então eu acho que os pacientes, eu considero o tratamento do Pinel e da psiquiatria, pelo que eu vejo, claro que tem defeitos, mas é cinco estrelas, isso aqui é uma ilha no meio de hospitais que a gente chama lata de lixo (...) mas o que eu quero é isso, é que esses pacientes, como já vi em discussão, cidadãos discutindo questão política de saúde, de encaminhamento, é por aí, pra tirar esse rótulo, né, porque é só terapia, remédio, perda da cidadania, é por isso que eu digo que o resgate de cidadania passa não só pelo trabalho. Claro que eu tenho paciência de esperar, não vou querer adiantar esse processo, que eu tenho medo que há reverterio (...), eu tô precisando até me reeducar perante essa questão da doença mental e a cidadania, porque pesa, pesa, o pensamento crítico ele te exige elaboração de pensar, de agir, e é difícil numa sociedade onde as pessoas não costumam ser cidadão”. (entrev. F.)

### **2.1.3 - Inserção pelo trabalho: a vivência do usuário na estratégia cooperativista.**

Tentaremos entender agora como que o usuário tem experimentado a história em construção na cooperativa. A sua participação implicou numa escolha oportuna. Existem

ganhos e existem algumas decepções diante das expectativas que são criadas. Mas, acima de tudo, há um projeto de vida que se percebe quando são perguntados sobre o porquê desta escolha.

Nas falas há, em primeiro lugar, o gosto pelo trabalho e seu retorno subjetivo (mais confiança, autonomia) e social. É uma oportunidade que surge devido à situação de dificuldades de se inserir no mercado formal. Em segundo, oferece possibilidade de ganho financeiro, com o qual ele pode fazer seus gastos, sem depender de outras pessoas. É a luta pela autonomia e independência. Porém, são várias as reclamações quanto ao valor recebido, muito inferior às suas expectativas, fazendo com que, por vezes, “paguem para trabalhar”, quando não conseguem cobrir a despesa do transporte. Alguns evitam este gasto criando meios para entrar pela frente do transporte coletivo.

Mesmo recebendo ainda pouco dinheiro pelo seu trabalho, para alguns, este é um valor que nunca teve oportunidade de ganhar, mesmo tendo qualificação para determinada atividade laborativa. Esta ocasião surge como um incentivo a melhorar de vida. Tem a oportunidade de aprender algo que pode ser reproduzido em outros espaços.

Considera-se que a cooperativa colabora para a “abertura da mente”, enriquece a vida e suas possibilidades, contra a “mente fechada”, empobrecida, dispersa, “sonolenta”. (U.4). Espaço visto como importante, realmente como um lugar da produção, em todos os sentidos.

Percebem que têm capacidade de trabalho, de organização, de liderança, conseguem lidar com conflitos, entender os erros como aprendizado e não como desvalor. O papel de monitor, aqueles que sabem mais sobre a atividade no grupo, é vivido como reconhecimento e status no grupo. A divulgação dos produtos e os pedidos de encomenda pela comunidade, pela família e por amigos são ratificações positivas do seu trabalho. Para alguns, é um trabalho diferenciado que pode crescer, se desenvolver; para outros, é como se fosse um estágio preparatório para o trabalho externo e “normal”: “porque eu quero sair daqui pra ir pra um outro trabalho e eu queria que isso acontecesse o mais breve possível, eu queria voltar a trabalhar normalmente” (U.23). É também compreendido como um trabalho que “não ocupa a mente”. (U.22), distrai, passa o tempo, sem muitas responsabilidades. Ao contrário de outros que ao assumirem como trabalho formal, entendem-no com extrema responsabilidade e rigor.

Este trabalho reconhecidamente singular merece ser propagado, é um elogio a sua pessoa, a sua capacidade de trabalho e de poder se estabelecer rotina de uma atividade produtiva.

“Eu digo que eu trabalho no Pinel, numa cooperativa, que eu faço biscoito, bolo, bombom, porque eu já aprendi a fazer bombom. Faço e vendo. Que eu saio pra vender, que eu boto avental, que eu uso máscara. Até essa reportagem da televisão fiz questão de todo mundo saber. Tanto é que a igreja que eu frequento também eles viram. Eu achei uma boa ter sido filmada. O que que tem demais, no trabalho, né? (...)”. (U.11)

Espaço em que aprende a liderar, se colocar nas relações como alguém com experiência adquirida, qualificada.

“eu aprendi noção de espaço de liderança. Até uma coisa assim que aconteceu, quando você sabe falar, mandar não, você sabe dar ordem, mas você faz e aquela ordem é boa porque você já passou por aquilo. Você sabe melhor do que quem tá começando”. (U.18)

Ampliar a participação, aumentar o conhecimento, a visão crítica através da opinião, é a vida experimentada numa outra dimensão.

“a gente quando participa também com você e com outras pessoas do ato, da luta antimanicomial, das lutas sociais, assim quando tá dentro do nosso entendimento (...) Como também o negócio da TV Pinel, lá no Museu da República, quando você participa, quando você forma opinião. Quando você discute, até isso que eu to falando aqui, eu não sei falar nada, não entendo nada, mas aos poucos eu vou aprender”. (U.18)

É grande o esforço para não perder nada do que está sendo conquistado.

“Entre ficar em casa e vim eu prefiro vim aqui. Você vê a lonjura que é, de ônibus pra Campo Grande é longe à beça, eu levanto seis horas, aí seis e meia eu saio, que hora que eu chego aqui? Dez e meia do dia. Engarrafamento da Avenida Brasil, fora a volta que eu chego em casa às nove horas”. (U.14)

A cooperativa se diferencia do modelo tradicional de trabalho por ser um ambiente “mais democrático” (U.11) e pouco competitivo, aberto ao cuidado, à atenção do usuário, como numa ação terapêutica. A diferença entre a atividade terapêutica do trabalho e a da oficina no serviço aparece na preocupação de entrar no mercado. Isto exige qualidade do produto, rotina de trabalho, conhecimento das tarefas e das suas obrigações. Por exemplo, só recebe o dinheiro do trabalho quem assina a planilha de produção.

“É também um espaço terapêutico no momento em que eu falo: ‘Não to me sentindo bem e pego alguém pra conversar’. Aí eu não estou mais trabalhando, mas é terapêutico, por exemplo, determinadas atividades, por exemplo, na cooperativa não tem, mas no IPUB tem uma oficina de bijuteria, então você fica encaixando as bolinhas, as continhas uma por uma dentro daquele fio, aquilo é uma terapia enorme, esse trabalho manual é uma terapia enorme, entendeu? Mas aqui na cooperativa o trabalho não é bem assim, o trabalho é visando o mercado, então você tem que ter uma qualidade naquilo que você tá fazendo, você trabalha em escala, né, em série”. (U.2)

“Eu vejo [a cooperativa] como uma terapia também, mesmo que eu dissesse que não é uma terapia eu estaria mentindo, já que eu digo que o trabalho é uma terapia também. E diferenciado da terapia com o terapeuta, tá. (...) A diferença é que o cooperativado ele tem uma responsabilidade com o que está fazendo, entendeu, na oficina terapêutica, embora quem quiser assumir esse compromisso assume, mas não é obrigado a cumprir aquelas horas ali (...) a pessoa tem hora pra pegar, pra começar o trabalho e tem hora pra terminar, se o cooperativado não se sentir bem pra continuar o trabalho tem todo o direito de

chegar a quem tá na frente do trabalho e dizer: 'Olha, eu não tô bem, quero parar, quero descansar, eu pego na próxima semana ou amanhã, mas hoje eu quero parar'. É diferente de dizer assim: ' Oh, eu não tô bem eu vou dar uma arejada e daqui a pouco eu volto. E esquecer, se distrair com outras coisas e não voltar mais'. (...) o que estimula mais é saber que se ele ficar voando por aí fora, no final do mês ele vai receber um tiquinho assim porque não deu conta do trabalho dele (...)". (U.17)

Mas há quem entenda que toda atividade é uma atividade "terapêutica", no sentido em que ocupa, em que distrai.

"É um trabalho e é uma terapia. Pra não ficar à toa em casa sem fazer nada, sem ganhar nada eu venho pra cá. Ainda ganho um trocadinho no final do mês (...)". (U.11)

Certa usuária faz uma comparação interessante entre a vivência da oficina terapêutica e o trabalho cooperativado. Com a cooperativa, percebe que suas produções podem e devem reverter como um ganho financeiro seu. Ela se certifica de que a proposta do trabalho cooperativado tem um valor social distinto do valor das oficinas para tratamento. A cooperativa tem mostrado para os usuários uma outra modalidade de produção, colocando-se entre dois pólos: 1- o da oficina terapêutica, onde o produto é secundário, a qualidade não é o mais importante e por isso não há retorno material para o usuário e 2- o do emprego, que exige, muitas vezes, a sobrecarga de trabalho do empregado, tendo em troca um dinheiro certo no final do mês e garantias trabalhistas.

"É uma coisa que está dando certo, sabe, os pacientes se sentem motivados a trabalhar bem porque sabem que vai haver um retorno, diferente de quando eu fazia parte das terapias ocupacionais, né, as famosas TOs, que eu levei um tempo aqui na oficina de artesanato pra encaixar na minha cabeça que eu era capaz de fazer um artesanato e vender e reverter numa graninha pra mim. Eu achava que era somente tratamento, tratamento, porque assim foi inculcido na minha mente. E o que vendia, porque tudo se vendia era pra reverter em material pra gente continuar trabalhando, trabalhando, trabalhando". (U.17)

A confiança adquirida com a sua performance traz intensa satisfação.

"É o ego, né, o ego da gente. Faz bem ao meu ego eu tá trabalhando do que eu tá numa oficina terapêutica produzindo até a mesma coisa, mas não vai ter o mesmo sentido do trabalho, então é aí que eu digo, a remuneração vem como uma satisfação de que você foi capaz de fazer aquilo, de vender, de produzir e não apenas: 'Ah, que bonitinho!' ". (U.10)

O trabalho responsável e solidário motiva o cooperativado.

"(...) eu não gosto de conseguir as coisas sozinha não, eu sempre tive o meu lado assim de olhar pra trás: 'Poxa, e aquele ali não pode vim comigo? E aquele outro não pode vim?' Tá entendendo. Então, realmente eu acho que eu entrei no lugar mais certo, que é o lugar que a gente tem que cooperar, tem que olhar pelo outro, tá entendendo, e não pensar em si sozinho. Já numa firma a competição é maior. Então o

que que acontece? Você tem que ver só o seu lado. Me satisfaz mais a cooperativa nesse plano que eu to falando". (U.10)

A outra vantagem da cooperativa, não legalizada ou como associação, é a oportunidade de refazer sua vida através do trabalho sem o risco de perder seu sustento por receber uma pensão e ser curatelado.

"(...) ganha alguma coisa de dinheiro e uma coisa que eu podia, posso, né, participar dentro da lei que é, dessa curatela que eu não podia assinar carteira, né, e como foi discutido que mesmo pensionista podia, dentro da lei, participar, eu to como associação, aí eu gostei mesmo ter que me ocupar, né, fazer coisas, né, progredir, andar pra frente". (U.20)

O técnico torna-se indispensável para a organização e para a execução de tarefas burocráticas.

"precisa do técnico sim, porque, eu não posso generalizar, mas a cabeça da gente tem hora que falha, que esquece alguma coisa, confunde alguma coisa e eu acho que o técnico tá mais, não que o técnico não esteja sujeito a isso, tá, mas o técnico tá mais preparado pra isso, essa parte financeira, essa coisa de banco, de depósito (...) porque a gente não é considerado normal, o que a gente assina não tem validade, a gente até assinam, a gente assina, mas se for levado em consideração, perante uma junta, falar que é doente mental, não vale porcaria nenhuma, tá, não vale porcaria nenhuma". (U.17)

Sobre as vantagens e desvantagens da cooperativa funcionar fora ou dentro de um hospital, fazemos algumas observações.

O fato de ser dentro do hospital traz alguns impasses, tanto em relação à surpresa de pessoas da comunidade, de ver coisas diferentes acontecendo dentro de um hospital psiquiátrico, quanto a não confiabilidade do produto, por justamente, achar que é feito de qualquer jeito pelos usuários. É como se fossem resquícios das propostas terapêuticas tradicionais no interior dos hospitais, cujo objetivo maior era fazer qualquer coisa, de qualquer jeito, apenas para acabar com a ociosidade do paciente.

"As pessoas fala assim. (...) Os meus vizinho (...): 'Ih, olha aqui'. Aqui é diferente. Aqui tem uma faculdade, tem os colega aqui, doutora, muita doutora, muito doutor, sabe da onde que tá vindo esse bolo. Da onde tá vindo o biscoito. Sabe que é feito pela gente mesmo, sabe. Então, isso tudo limpinho, certo, bonito. Agora eu mandei um biscoito lá pra um colega meu e ele sacaneou: 'Da onde é?' 'Da cooperativa'. 'Aonde é?' 'Lá do Pinel'. 'Ih cara, que doideira, meu Deus'. Não pensa que é feito com cuidado". (U.7)

Mas também existe a idéia de que, por ser um espaço "terapêutico", não deve haver preocupação quanto a eventuais direitos a serem adquiridos.

"Eu acho que dentro do hospital é bom, sabe, porque dentro se é fora muita gente vai querer ordenado, pagamento por mês, carteira assinada, e tando dentro de um hospital não precisa de nada disso, porque aqui a gente tá pra fazer uma terapia pra poder melhorar o nosso comportamento (...) E aqui tem também



os médicos que tão ali por perto acompanhando a gente, entendeu, tamos tendo um acompanhamento” (U.14)

A vantagem de ser fora do hospital é atrair mais clientela, obscurecer a marca da saúde mental. Contudo, é importante manter a relação com a instituição de tratamento próxima. É difícil desfazer esta relação técnico-usuário. O bom tratamento foi uma conquista que não se quer perder.

“Pra atrair novos clientes, né, quer dizer, não é uma coisa ligada a saúde mental, quer dizer, continua sendo, mas tá camuflada como uma coisa comum” (U.2)

“A pessoa vai tá num outro ambiente sem ser o ambiente hospitalar, vai tá conhecendo outras pessoas, outras conversas, mas sempre com vínculo com a instituição. Funcionando fora, mas com um vínculo, é como se fosse uma ponte: hospital-ponte-cooperativa. Porque as pessoas nem sempre estão 100% bem, a crise vem (...) Não é pegar a cooperativa e jogar num casarão no Largo do Machado, em Copacabana: ‘Vocês vão ficar aí, vocês vão trabalhar, vocês vão produzir em série’. Não é isso que eu to falando não, que continue respeitando o ritmo do usuário, a sua possibilidade de trabalho, né, seu limite de trabalho, mas que funcione fora, mas com o respaldo da instituição, por exemplo, com psicólogos por perto, psiquiatras por perto, entendeu, terapeutas ocupacionais, enfim, a equipe que bolou o projeto, que desenvolve o projeto, que haja essa ponte, que não deixe o usuário largado, né, a não ser que a coisa tome assim uma proporção de tamanha independência vinda por parte dos usuários que eles tenham capacidade de seguirem sozinhos, né, aí tudo bem, mas enquanto a coisa tá assim no início eu acho necessário que haja essa supervisão assim, né essa coisa assim” (U.21)

Um outro fato é que dentro do hospital o acesso é limitado. Precisa de autorização de funcionários do hospital para entrar em salas. Sem estes, não tem acesso a chaves. A imposição da ordem institucional acaba, de alguma maneira, arrefecendo a participação e autonomia no ambiente: “Nós todos deveríamos ter acesso. Não é só eu não. Nós todos. Ou indicar um responsável” (U.11)

Inquietante a fala desta usuária, quando ela aponta o risco da fabricação dos “crônicos do hospital-dia”, indo contra todo o projeto de construção de autonomia para fora do hospital, que é o que move os novos dispositivos. Parece apontar para uma tensão entre o fora e o dentro na saúde mental em relação à cooperativa.

“Eu acho que a cooperativa já não deveria mais estar aqui. (...) Primeiro pra que ela possa crescer, segundo pra dar uma visão ao usuário, principalmente, entendeu, do que é levantar de casa e ir ao trabalho, do que ele tá sempre vindo ao hospital. É pra tirar o usuário mesmo de dentro do hospital. Porque é aquela coisa, será que o que vai acontecer no decorrer dos anos não vai ser abrir as portas dos manicômios, ao mesmo tempo em que se abre as portas do hospital-dia e com isso cria o crônico do hospital-dia? Porque já temos pacientes do hospital-dia, digamos assim, cronificados, pessoas que não tem nada pra fazer aqui, não se interessa mais, não é que não se interessa, é que nenhum tipo de terapia que é dada aqui no momento, entendeu, vai de encontro às necessidades daquele usuário, mas ele vem porque precisa de um canto pra tomar banho e de um prato de comida, então esse já está cronificado diante da necessidade dele (...) a cooperativa tá ganhando nome em cima do hospital, eu acho ótimo, né, mas aí com uma certa discriminação, uma certa exclusão porque tá dentro do Pinel (...)” (U.17)

incubadora também (...) eu fui me interessando também por aquelas aula, aprender mais coisa,

A vantagem da cooperativa acontecer no interior do hospital é a possibilidade de se ter acesso aos técnicos a qualquer hora. Esta idéia reforça a necessidade de contar com um serviço de referência permanente. O técnico o acolhe e o orienta em seus problemas e também no modo de conviver com outros pacientes. Neste caso, atua como formador de relações humanas, não apenas trata.

Mais questões aparecem, como a dos relacionamentos nem sempre amigáveis. A dificuldade de conviver com pessoas que não correspondem à exigência do trabalho, passando a serem vistas pelo próprio colega como “problemático” e “preguiçoso”. Esta é também uma realidade, assim como o fato, às vezes, perturbador, de ter sempre que se deparar com pessoas que estão em tratamento no serviço aberto que funciona próximo à cooperativa.

Ter o reconhecimento familiar pelo seu esforço e capacidade e obter alguns “privilégios” (poder se ausentar para se tratar, não comparecer se não se sentir bem, maior compreensão com as dificuldades...) neste trabalho alternativo é gratificante, mesmo com a baixa remuneração. A porta começa a se abrir para novos caminhos construídos com o seu esforço.

“Futuramente eu gostaria de tá trabalhando numa firma, tá entendendo, mas não sei se vou ter condições, porque ai eu não teria, vamos dizer, os privilégios (...) de sair, pra fazer minha terapia, de faltar toda semana porque eu tenho médico (...) mas eu me sinto como se eu tivesse trabalhando fora, inclusive as minhas filhas dizem: ‘Mamãe tá trabalhando’. E todo mundo da família: ‘Sua mãe tá ai?’ ‘Não. Mamãe tá trabalhando e só chega tal hora’. (...) eles encaram como trabalho mesmo, porque eu encaro isso aqui como trabalho. Não encaro como divertimento em momento nenhum. É trabalho. Eu tenho responsabilidade (...) Eu acho que vai haver dia ainda que a gente vai conseguir um lugarzinho lá numa firma, tá entendendo, até com privilégios, como a cooperativa. Eu tenho essa esperança, sabe. Porque, puxa, nós não somos pessoas burras, vamos dizer assim, nós temos até bastante potencial. Eu pelo menos tenho. Somos inteligente, apenas somos discriminado por quê? Porque não se sabe o dia que você vai ter uma crise, como vai ser essa crise e se você vai ser agressivo ou não (...)”. (U.10)

Para os usuários que participam desde o início da cooperativa, a lembrança da história enriquece a experiência. O reconhecimento do espaço como conquista intensifica sua relação, valoriza, altera sua rotina, suas relações na família.

“Dois anos e pouco aqui. Não tinha quase nada, né. Não tinha nenhuma máquina. Tinha que fazer tudo na mão. Agora já vai ter tudo pra fazer. E eu pra mim, pra minha mãe, minha avó, melhorou bastante aqui na cooperativa, porque eu acordo cedo, seis hora eu to acordado. Meu irmão compra pão, jornal, ai minha mãe me chama (...) Ai eu termino com a preguiça, ai levanto, ai tomo café, lavo o rosto, escovo o dente, ai me arrumo, sempre tem uns colega que desce comigo na rua, bate papo (...). Ai todo dia eu venho pra cá. É terça, quarta, quinta...” . (U.7)

“Então, a cooperativa a gente começamo no zero. Eu lembro que quando eu vim, eu, doutora Teresa, Abrahim, Denise Correa, Léia, irmã de Abrahim e outras pessoas, tinham poucas pessoas, a gente começamos num projeto, né, como fazer, começamo a ir pra incubadora, ter aula e vir pessoal da incubadora também (...) eu fui me interessando também por aquelas aula, aprender mais coisa,

principalmente esta castanha, este bombom. como ia funcionar, como era que não ia. E os estudo também tava me fazendo muito importante, pra mim tava abrindo mais a minha mente (...) e sempre nós dando curso pro pessoal que tivesse interessado, informe. eu viajei com Abraham pra CUT, viajei pra São Paulo com a Dina (...) fomos fazer exposição, fazer trabalho lá, na CUT (...) Desses trabalho, todos eles para mim são importante porque eu pego experiência com pessoas que sabe”. (U.13)

## **2.2 - Apresentação do Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ: histórico e objetivos.**

“fiquei muitos anos sem falar...”. (U.13)

As informações foram obtidas da observação participante (24/03 a 21/09/99), da leitura das Atas<sup>93</sup> (a partir de 07/05/97), de cartas abertas à população e de entrevistas com usuários.

O Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial é um dos atores políticos mais atuantes e representativos na saúde mental do Estado do Rio de Janeiro, sendo considerado um espaço estratégico da Reforma.

A partir das informações adquiridas em Ata e conversas informais com pessoas que participaram da formação deste núcleo, podemos dizer que foi a partir da Plenária Nacional do Movimento, em 1996, em Santa Catarina, que se iniciou o processo da sua formação. Neste encontro, comenta-se com alguns participantes do Rio de Janeiro sobre a desmobilização política deste Estado na luta política nacional, apesar de haver pessoas e instituições atuantes e relevantes na história do movimento. Uma representante do Conselho Regional de Psicologia, que participou da Plenária, convocou, então, todos os serviços e entidades para divulgar o ocorrido nesta. A partir daí, foi proposta realização de encontros freqüentes com o objetivo de fortalecer o movimento no Estado do Rio de Janeiro, integrando instituições e pessoas compromissadas com a bandeira antimanicomial.

O grupo passou a se reunir, sendo composto de representantes de associações, entidades, serviços e instituições de ensino e pesquisa em saúde mental. A idéia de se constituírem como um núcleo estadual foi sendo amadurecida no decorrer das reuniões, quando surgiu o movimento interno pró-núcleo no estado, assim como já acontecido em outros estados nacionais. Um dos efeitos desta mobilização foi a organização pelo Rio de Janeiro da III Plenária Nacional do Movimento, no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em junho de 97, sendo os organizadores denominados de “Comissão Pró-Núcleo da Luta Antimanicomial/RJ”.

Muitas são as entidades e serviços que compõem o Núcleo Estadual<sup>94</sup>. Todas com o mesmo intento reformista<sup>95</sup>.

<sup>93</sup> Observação: há atas que não foram localizadas.

Os objetivos deste novo dispositivo político da saúde mental, reconhecido como um relevante fórum no Estado, são o de: aglutinar instituições e pessoas aliadas ao movimento antimanicomial; intensificar a organização e ação política na Reforma Psiquiátrica do Rio; contribuir para a mudança da imagem da sociedade sobre o usuário de saúde mental, tendo este respeitada sua cidadania, com relações democráticas em todas as instâncias da sociedade, reconhecendo que as questões da loucura são de ordem não apenas cultural e assistencial, mas também política, administrativa e financeira; juntar forças e ser espaço de troca de experiências entre suas entidades; compromisso com as lutas das minorias sociais; divulgar o movimento em toda a sociedade; inserir-se na defesa do Sistema Único de Saúde; organizar-se para participação em eventos nacionais do movimento; lutar por uma rede de atenção à saúde mental substitutiva dos manicômios; participar de espaços públicos, como os Conselhos Municipal e Estadual, para influenciar na condução das políticas públicas e sociais; estabelecer contato com políticos; discutir novos projetos de lei e lutar pela implementação dos já existentes a favor da Reforma; ajudar na formação de quadros e lideranças para o movimento; ser um espaço de circulação de idéias, de visões de mundo, de informações. Um usuário comenta sobre os benefícios na participação em um grupo como este:

<sup>94</sup> As entidades e serviços citados constavam nas folhas de presença das reuniões que tivemos acesso, que vão de meados de 97 até setembro de 99 (quando foi dada por encerrada esta pesquisa de campo) e no material de divulgação do núcleo. Nem todas as instituições vêm frequentando ou se fazendo representar nas reuniões do núcleo, outras frequentam sem muita regularidade e algumas têm participação recente. Atualmente, registramos a maior presença cotidiana de representantes das entidades de familiares e usuários. É possível que não tenhamos citado algumas instituições atuantes no processo, devido à sua não identificação nas folhas de presenças ou pela nossa falta de acesso a todas as atas. Nossa intenção aqui é demarcar minimamente a representação do núcleo no estado do Rio de Janeiro. A representação é feita pelos três segmentos do movimento antimanicomial: usuários, familiares e técnicos. Vale ressaltar também que, como as reuniões ocorrem sempre na capital, dificulta a maior presença de municípios mais distantes.

<sup>95</sup> São elas: Associação de Amigos do CAIS-IPP, Associação Brasileira de Terapia Ocupacional, Associação de Terapia Ocupacional do Estado (ATOERJ), Associação de Doentes Mentais de São Gonçalo (ADDOM-SG), Associação Cabeça Firme de Niterói, Associação de Familiares, Amigos e Usuários do CAIS de Angra dos Reis (AFAVAC), Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (Apacojum), Casa de Saúde Volta Redonda/VOR, Casa das Palmeiras, Centro de Atenção Diária Luis Cerqueira do IPUFRJ, Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/Irajá, Centro de Atenção e Integração Social de Angra dos Reis, Centro de Atenção e Integração Social do IPP, Centro de Atenção Psicossocial Pedro Pelegrino/ Campo Grande, Centro de Atenção Psicossocial Simão Bacamarte/Santa Cruz, Clube da Esquina/IPUFRJ, Conselho Municipal de Saúde (COMS), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-02, Conselho Regional de Psicologia-05, Conselho Regional de Serviço Social-07, Cooperativa da Praia Vermelha, Espaço Aberto ao Tempo do Centro Psiquiátrico Pedro II (EAT/CPPII), Fundação Municipal de Saúde/Niterói, Hospital-Dia do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, Hospital –Dia Usina dos Sonhos de Volta Redonda, Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, Instituto Franco Basaglia, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, Instituto Philippe Pinel, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPS/NUPES/Fiocruz), Lar Abrigado do IPP, Núcleo de Atenção Psicossocial de Niterói, Núcleo de Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUFRJ), Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Psicólogos, Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (Sosintra) e TV Pinel/IPP.

"educação política (...) pra ter esse tipo de educação não basta ler, não basta ser culto ou erudito, precisa conviver. Se não tem a experiência, a vivência do grupo político você não tem realmente cultura política, você não tem capacidade de agir, de atuar politicamente". (U.15)

As reuniões já aconteceram em vários locais: no Conselho Regional de Psicologia, no Sindicato dos psicólogos, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no Instituto Franco Basaglia e atualmente no Instituto Philippe Pinel - há algum tempo que utilizam a sala de espera do ambulatório deste Instituto para suas reuniões. Mesmo sem ter um espaços próprio, os membros permanecem no IPP por acharem que é um lugar de fácil acesso<sup>96</sup>.

Ocorrem duas reuniões mensais em que seus participantes passam informes sobre acontecimentos no campo da saúde mental e fora dele, e deliberam sobre as questões para discussão na pauta do dia. Conforme o encaminhamento das discussões, são formadas comissões, de preferência, representadas pelos três segmentos, para a realização de tarefas específicas, por exemplo, escrever cartas de divulgação, convocatórias, moções, marcar encontros com representantes do poder público, organizar debates, etc.. As tarefas são divididas para que todos participem de acordo com suas possibilidades. O que verificamos é que as atividades a serem feitas são bem maiores do que o número de pessoas disponíveis, sobrecarregando a maioria dos participantes.

Algumas da discussões que acontecem giram em torno da legalização ou não do núcleo estadual como movimento social organizado. Alguns problemas que levam a esta discussão são os decorrentes de financiamento de viagens dos representantes a reuniões do movimento pelo Brasil e gastos de infra-estrutura material; a falta de um local único e adequado para guardar o material do núcleo (convites, cartas enviadas, suas atas de reunião, listas de presença, enfim, vários papéis que são guardados como parte da história do núcleo e do movimento), facilitando o acesso das pessoas a estes, o que pode, sob um ponto de vista, ser paradoxal, já que o núcleo já é constituído por instituições formais. Porém, percebe-se um crescimento e fortalecimento participativo deste, ao longo do tempo, reforçando a necessidade de uma certa independência e autonomia deste das próprias entidades e serviços que o constitui.

---

<sup>96</sup> Nas últimas reuniões voltaram discussões referentes à permanência ou não do núcleo neste espaço improvisado. Alguns defendem a permanência como uma forma de continuar contando com apoio das instâncias da saúde mental e obter maiores possibilidades de aproximar usuários do serviço das reuniões da luta; outros entendem que é contraditório permanecer discutindo "desinstitucionalização" dentro de um hospital psiquiátrico, por mais empenhado na reforma que ele esteja. Importa criar meios para aproximação dos atores da saúde mental e de suas discussões a outros movimentos sociais. Voltamos a questão: devemos priorizar o desmonte do hospital ou incentivarmos sua transformação interna? Com base na realidade brasileira, qual o melhor caminho para enfrentar o estigma e obter mais autonomia?

Há quem fale de riscos que podem acontecer no caso de um coletivo de discussão exclusivamente político vir a institucionalizar-se, perdendo, de algum modo, sua essência e flexibilidade organizacional. Apontam também que o ganho de poder político dos usuários não foi acompanhado de autonomia econômica pelo grupo. Isto faz com que todos participantes tomem a frente em busca de apoio e financiamento para concretizar seus compromissos. Ou seja, se antes era concedido gratuitamente ao usuário a sua participação em espaços que demandavam sua presença, hoje estão tendo que conquistá-los com seu próprio esforço.

Mesmo com esta marca de ação política, ocorrem comentários referentes à terapêuticidade deste espaço. Na visão de um membro, é terapêutico “na medida em que as pessoas estão organizadas, vendo os interesses delas”.

### **2.2.1 - A dinâmica das reuniões.**

As reuniões são abertas a qualquer pessoa interessada e realizadas de quinze em quinze dias, com mais ou menos três horas de duração. Nestas, há a representação dos três segmentos da luta antimanicomial. Ressalta-se a presença em maior número de usuários. Em média, as reuniões contam com a participação de dez a vinte e cinco pessoas. Sendo que, nos períodos preparatórios para os Encontros Nacionais, tanto do movimento, como o de usuários e familiares, aumenta consideravelmente o número de pessoas nas reuniões, gerando queixas daqueles que estão no dia-a-dia do núcleo<sup>97</sup>. Seus membros compreendem que o núcleo não é um espaço centralizador da reforma, pois acreditam que haja outros coletivos representativos nos serviços, com outras práticas e perfis, igualmente lutando pela reforma psiquiátrica, dando voz àqueles que antes eram silenciados.

“a passar do momento em que nós tivemos o direito a falar, ou a latir, ou a ser burro, ignorante, ou seja, lá o que for... Eu sei que a única coisa que aconteceu e tá acontecendo na minha própria loucura é eu ter o direito de falar o que eu sinto e às vezes nem todas as verdades eu falo, mas as coisas boas eu gosto de falar”. (U.13)

A cada encontro é escolhido um coordenador e um secretário para escrever a Ata. Há pouca iniciativa dos usuários para o exercício destas atividades, mas, em vários momentos, assumem esta responsabilidade, sendo um grande desafio. Cada pessoa tem um jeito próprio de se expressar, abordagens diferenciadas de uma mesma questão; alguns são mais atentos,

---

<sup>97</sup> Para alguns, muitas pessoas apenas estão interessadas em fazer viagens a passeio e não em participar dos debates políticos desenvolvidos nestes encontros; são os chamados “paraquedistas”.

outros mais dispersos quando a reunião se alonga. Eles mesmos apontam que há os mais preocupados com os aspectos culturais, filosóficos e outros com os aspectos políticos.

Em relação à dinâmica das reuniões, existem aqueles participantes que se autodenominam pragmáticos, que estão mais preocupados com a objetividade nas discussões e execução de tarefas, enquanto outros são mais reflexivos, estendendo as discussões com muitas problematizações. Outra diferença de postura diz respeito aos que são mais reivindicativos e preocupados com as questões macro-políticas, e outros mais atentos às relações que se estabelecem no grupo, às emoções desencadeadas, com uma escuta mais paciente e interessada às falas destoantes.

Há preocupação de mostrar a “cara” deste espaço como uma forma de convocar mais participantes. As reuniões são intensamente participativas e ricas em informações, elaboração de idéias, reflexões sobre a realidade. É um grupo, no entanto, que não tem se renovado, isto é, não tem conseguido angariar novos personagens para este tipo de dispositivo político. Desta forma, as lideranças que já fazem parte dele ficam isoladas e sendo referências únicas tanto no nível estadual como no nacional. Interessa pensar em como criar estratégias para formação de novos líderes conscientes da história da luta antimanicomial e dispostos a uma participação de militância.

Alguns usuários defendem que, antes de tudo, é o seu segmento – o de usuários - que deve constar com destaque em qualquer tipo de reivindicação e divulgação da luta. Como exemplo, houve uma reunião em que reclamou-se que numa carta de repúdio foi mencionada a categoria dos técnicos antes das outras. Eles acham que a menção aos técnicos deve vir por último, pois a psiquiatria não existiria, se não fosse o usuário. Alguns técnicos e outros usuários discordam desta abordagem, pois o movimento considera a paridade entre os segmentos, e, se todos estão juntos por um mesmo ideal, não deveria existir este tipo de discriminação ou competição, pois no movimento “todos são iguais”.

Apesar das dificuldades e impasses vividos nas reuniões, - muitas vezes, são encontros “pesados”, problemáticos: um usuário destaca a importância deste grupo organizado de ação política tanto para o amadurecimento do usuário nas relações humanas, como também para a estratégia de disseminação do tema da saúde mental na sociedade, já que, na sua visão, os coletivos produzem mais efeitos e visibilidade do que a fala isolada do usuário. Cientes desta representação, é possível então que no âmbito das discussões políticas estreitem-se os laços de fraternidade, respeito e aprendizado. Fala-nos o usuário.

“O que o núcleo tem de bom é as pessoas serem amigas, é as pessoas terem uma disposição muito fraternal, as pessoas discutirem, falarem as piores, todo tipo de briga (...) É o lado educativo do núcleo,

sabe, porque (...) a gente tá ali pra uma discussão, mas que essa discussão é uma coisa saudável, que a discussão é pra resolver alguma coisa (...) a gente briga, chora, pede desculpa, a gente xinga, há uma coisa assim, mas é um troço que é uma sintonia, eu acho que as brigas grandes que tiveram elas foram muito bem resolvidas". (U.15)

## 2.2.2 - Discutindo a inserção social e a cidadania.

Destacamos alguns assuntos debatidos nas reuniões, caracterizando os desafios impostos aos participantes no seu cotidiano. É, assim, nossa intenção mostrar quão complexa é a luta desta militância<sup>98</sup>, são eles: denúncia sobre a violação de direitos de usuários; discute-se a diferença entre o perfil do criminoso e o do portador de sofrimento psíquico, como forma de se instrumentalizar para o debate legislativo e cultural; utiliza sua vivência na psiquiatria para modificar a história daqueles que ainda sofrem violências; questionamento sobre o rigor de padrões e normas sociais, diante de uma sociedade que se quer democrática e inclusiva; valoriza a realização de eventos que aproximem o usuário das pessoas leigas, desmistificando a verdade que se construiu sobre a loucura; a colocação de que, antes de ser um usuário, é um cidadão, uma pessoa, por isso não merece ser estigmatizado; importância de desenvolver sua autocritica para que também seja um sujeito de deveres; juntar-se na luta organizada de outras minorias; consciência das dificuldades que a luta política envolve aos usuários de saúde mental, sendo longo o caminho a ser percorrido para que o direito saia do papel e torne-se realidade.

"O usuário tá lutando o tempo inteiro. Há dois anos. Isso não quer dizer que não tenha apoio. Mas, hoje fica o usuário o tempo todo pensando: E agora? Quede os direitos do usuário? Avançamos em estudo, experiência, o que devemos fazer? O que podemos fazer? Mas há uma pendenga tão grande com os usuários, que nossa vida é ficar pensando... Usuário com mão atada. Só vejo carta de direito e não vejo direito de nada. Não sei como vai ficar esses direitos dos usuários. Pra dizer a verdade dos direitos ninguém quer saber. Não acho isso um direito, só uma carta". (U.13)

Gostaríamos de descrever um exemplo prático dos impasses a que são submetidos os usuários para o exercício de uma integração social cidadã. Faremos o relato de uma discussão ocorrida na reunião do núcleo, contando com a mobilização de todos para ajudar na resolução de um problema levado por um usuário. Seu resultado surpreende pelo bom senso, pela dignidade, coerência e ética destes sujeitos que visam a oportunidades reais no interior da sociedade.

<sup>98</sup> Vasconcelos (1999b:09) afirma que a militância "implica a ação política em grupos e instituições, por parte de trabalhadores, usuários e /ou familiares, visando aumentar a sua organização, a divulgação de seus interesses na sociedade e/ou o encaminhamento de reivindicações, e de ações formais de defesa de direitos e de interesses na sociedade como um todo". (mimeo)



Certo usuário comenta com o grupo que foi chamado para conversar sobre um emprego. Todos o parabenizam pela conquista. Ele solicita, então, auxílio ao grupo sobre como agir em relação a sua carteira de trabalho, em que consta o benefício recebido há alguns anos por licença de saúde. Comenta que o registro de licença na carteira pode revelar o estigma em relação ao paciente psiquiátrico e impedir sua contratação, se for o caso.

As pessoas iniciam uma discussão acalorada sobre a situação. As propostas são feitas em cima das seguintes reflexões: 1- Tirar outra carteira de trabalho, ficando assim com duas: uma com o carimbo do INSS e outra “limpa” para ser mostrada ao empregador. 2- Outro membro acha que esta situação envolve uma “questão ética e moral”, aconselha a dar baixa primeiro no INSS. É lembrado a este que, de qualquer jeito, mesmo diante da alta do Instituto, a presença do benefício sempre será um fator produtor de preconceito, que o usuário fica marcado para sempre; 3- Em contraponto, fala-se que uma carteira “limpa” também não traz vantagem porque normalmente contratam-se pessoas com experiência na função, o que é o caso deste militante, pois seu tempo de trabalho o qualifica, lhe dá méritos. Diante disso, um outro fala: “diz que perdeu a carteira”; 4- há a defesa de que o usuário seja verdadeiro e acredite que sempre haverá “luz no fim do túnel”, é importante que seja reconhecido por sua sinceridade e não pela mentira; 5- outro comenta que o preconceito está aí, não há muito jeito e exclama: “se correr o bicho pega e se ficar o bicho come”; 6- alguém fala da vivência de uma pessoa que viveu muito tempo com benefício, mas que teve “alta”, voltou a trabalhar e foi aposentado por tempo de serviço, evitou com isso futuros problemas: “só ganhar emprego e pedir alta já está lucrando muito”. Reflete-se também que o INSS é um direito, que visa a proteger e inserir a pessoa que dele se beneficia.

Após o debate, que tomou um bom tempo da reunião, o usuário interessado agradeceu e ficou de tomar uma decisão a partir da discussão desencadeada. Na reunião seguinte, novamente agradece ao grupo e diz que tinha sido um equívoco a proposta de emprego, na verdade, não o estavam convocando ainda, mas quis retornar ao grupo qual tinha sido sua decisão: relatou que assumiu sua carteira de trabalho, com empregos anteriores e com o carimbo do benefício e, além disso, quando foi pegar informações sobre o eventual trabalho não hesitou em ir vestido com a camisa da Luta Antimanicomial!

Percebemos aqui que a questão da integração ao trabalho é um grande problema ao portador de algum transtorno mental. Neste caso, menos pelos direitos que lutam para validar e/ou conquistar e mais pelo estigma e intolerância da sociedade aos que não se enquadram no modelo de “normalidade”. Contudo, a visão política do usuário e sua integração num coletivo

reivindicatório e consciente da sua luta o instrumentaliza para enfrentar obstáculos sem ter que se negar, mas ao contrário, se afirmar como sujeito de direito.

### **2.2.3 - Inserção pela militância política: a vivência dos usuários na estratégia de formação de lideranças.**

Assim como analisamos as falas dos usuários da cooperativa sobre sua percepção deste espaço, faremos o mesmo com os usuários militantes do núcleo.

O motivo pelo qual participam do Núcleo Estadual envolve principalmente interesses pela discussão no âmbito das políticas de saúde mental. A participação engajada exige responsabilidade de todos, através de opiniões, lançamento ou discussão de propostas, além de ser um espaço de produção e troca de conhecimento, informações e possibilidade de se fazer entender para as pessoas: “Eu vou brigar pelo meu espaço. Eu quero que esse povão ai me entenda e me escute, eu quero ser amigo” (U.6). São formas de integração no social: “De bom é o espaço que a gente tá conquistando para a integração social” (U.6). É grande a dedicação e aposta do poder deste espaço, apesar dos desentendimentos e brigas:

“as vezes as pessoas brigam, discutem e ela não tem a oportunidade de discutir aquelas coisas de uma maneira tão fraternal quanto tem sido no núcleo. O núcleo tem sido um espaço fraternal, um espaço que as pessoas discutem e tudo e aquela fraternidade, as pessoas se conhecem, as pessoas são muito amigas entre si, eu acho muito legal isso”. (U.15)

Também tem pessoas que se queixam de que as amizades não se estendem para fora dos espaços do movimento, o que acaba sendo também um fator de isolamento e dependência destes coletivos, onde só aí podem ser protegidas, acolhidas, ouvidas, participar de discussões sem serem consideradas estranhas, inconvenientes.

O compromisso com o movimento demanda a conscientização da doença, pois dele faz parte quem consegue assumir a condição de usuário. Só que não é uma pessoa adoecida, mas sim aliada à vida, disposta a aprender, se informar, formar-se cidadão.

“esse movimento ele foi a principal forma, o movimento foi o principal motivo que me fez levar a minha conscientização da doença, a me levar a ter um equilíbrio melhor de cabeça, ter um equilíbrio mental, ser mais centrado, entendeu, eu aprendi muito a debater as minhas opiniões em relação a qualquer coisa, a qualquer assunto, entendeu, eu aprendi muita coisa, eu sempre aprendo no núcleo, sempre aprendo”. (U1)

Para alguns é um lugar exclusivamente político: de discussão, de reflexão e de tarefas de militância. Acaba sendo inevitável a comparação com outros movimentos sociais da sociedade.

“O núcleo pra mim é um espaço político. Eu não vejo o núcleo como um espaço de terapia (...) eu acho que tem momento, tem hora pra tudo (...) nós estamos aqui pra discutir política vamos discutir política, eu acho que a nível de saúde mental, a nível de movimento de saúde mental nós estamos muito aquém visto o fórum de outros movimentos, os deficientes físicos são completamente organizados, cegos são completamente organizados, o pessoal do aidético, da AIDS, o pessoal do GAPA, Grupo Pela Vida, são completamente organizados e, nós, usuários de saúde mental não conseguimos ainda nos organizar politicamente. então, eu acho que é isso que eu vejo, eu acho que o núcleo é um núcleo com objetivo político em saúde mental (...) o movimento ainda não floriu o suficiente pra ser a nível estadual uma referência de proposta, não é proposta pra vir pro núcleo e só ficar amarrado no papel do núcleo não. É proposta pra gente encaminhar pra frente. se é pra Assembléia Legislativa, se é pro Conselho Estadual, se é pro Conselho Nacional, se é pro Ministério Público temos que encaminhar. (...) não pode perder esse objetivo político”. (U.5)

Para outros a existência de uma certa “terapeuticidade” neste espaço não é um entrave para estas ações, pelo contrário, é vitalizador, porque *terapêutico* é poder acreditar em algo e ter forças para lutar por isso.

“É as duas coisas. Político e terapêutico. Terapêutico a gente fica relaxado, é outras pessoas, a gente tá acostumado só com um tipo de pessoa, de repente a gente encontra vários segmentos no núcleo, várias pessoas, vários segmentos. cada um com seu modo de falar, modo de agir, modo de interpretar. acho isso importante, agora como político, não parece não, mas isso fortalece o nosso ego, fortalecendo o nosso ego a gente fica preparado pra o que der e vier, né”? (U.6)

“Eu acho que tudo é terapia, a partir do momento que você fala que aquilo te dá alívio, te deixa assim mais relaxada, mais tranquila, é uma forma de terapia”. (U.17)

A participação tem força pela valorização da sua presença no grupo, ratifica o espaço. O importante é não esvaziá-lo.

O Núcleo é um espaço de vida, de embates, de encontros, o que não combina com um estado de paralisia, descrença da vida, de não-mobilização. Um novo sentido de vida se torna possível.

“Eu espero sim os paciente procurar entender mais porque, eu acho que dez por cento dos pacientes se interessa pelo núcleo, dez por cento e porque se os demais pacientes procurassem entender, analisar o que é o núcleo eu acho que eles não estariam aqui internados. Porque a solução pra minha vida, para minha doença, aprender a viver da forma que eu vivo foi graças ao espaço, às reuniões que eu assisti e que eu assisto. É por isso que eu falo: eu gosto das reuniões do núcleo, porque me ajuda muito”. (U.8)

A marca da singularidade no núcleo provoca o crescimento das pessoas.

O núcleo tem crescido. As lideranças de usuários de saúde mental tem participado do núcleo e os usuários têm se colocado na sua singularidade mesmo, conforme eles são, na sua diferença, na sua singularidade, com a sua voz. Então esse espaço do núcleo foi muito bem bolado. Nesse ponto é uma coisa politicamente bem construída, nesse sentido, porque o usuário tem falado com a sua voz, com a sua singularidade, eles nunca tiveram voz”. (U.15)

O sentido do movimento é de troca, é de aprendizado permanente de um com o outro. Os usuários assumem o papel daqueles que avaliam e têm poder de decidir sobre o que é melhor para eles.

“O Núcleo Estadual é muito importante, porque nós somos uma organização só. (...) da maneira que a gente aprende com o técnico, também ensina técnico, porque quem tem que valorizar o profissional, o técnico não é ele não, ele tem que se valorizar como um cidadão, mas como um bom profissional quem tem que valorizar somos nós usuário. Porque somos nós que passamos pelas mãos deles”. (U.13)

O Núcleo aguça a vontade de aprender dos usuários. É um espaço formador, não apenas de ações, mas que estas sejam balizadas pelo conhecimento, pelo estudo das questões que envolvem a sua ação política. Quando os usuários se aproximam do grupo, querem lutar contra uma violência vivida, mas percebem que as questões são mais complexas e requisitam oportunidade de aprofundá-las para tornarem-se mais ativos e coerentes.

“gostaria de ter material suficiente do núcleo pra que eu pudesse ler e me interar mais, como se fosse um estudo, né, como se fosse um material didático e eu pudesse me interar mais das coisas pra poder ser participante, mais ativa (...) A história eu já conheço mais ou menos, a Graça tá sempre falando, o Milton também, mas eu queria ler, reler, pensar, repensar, como se fosse um material didático. A gente quando vai pra escola não fica fazendo essas coisas? Eu gostaria de poder fazer com as coisas do núcleo também pra eu poder saber falar da forma com que a maioria fala, entendeu, tipo assim, essa eu gosto: ‘Eu não me senti contemplada’”. (U.17)

A forma com que entendem a sua participação como política terá variações. Alguns distinguem este espaço como não sendo o político partidário, que é visto como algo negativo. É político no sentido da participação pela defesa de uma causa que é sua, que envolve a questão da cultura principalmente.

“mas eu defendo os usuários, né, principalmente porque eu sou um deles, né. Agora espaço político em parte, né, porque tem muita política ali em cima, mas eu acho que é mais um poder de decisão, seria uma coisa assim onde a gente abrisse a nossa mente um pouco mais, sobre o assunto da luta antimanicomial, sobre a organização da reforma psiquiátrica, sobre os problemas dos usuários, a forma também de cultura, né, e é uma forma também, é um lugar onde a gente, pelo menos as vezes nos escutam, né, nem sempre, mas as vezes nos escutam, então isso já é importante”. (U.1)

O envolvimento crescente ocorre porque luta pela liberdade e conquista de direitos e deveres. A luta é movida pela memória da história passada. História que pode ser transformada no presente.

“Eu gostaria de ver todo mundo bem (...) Livre, mas com direitos também. E deveres também, claro. Mas eu queria ver todo mundo sendo tratado de uma forma humana, porque é tão doloroso uma pessoa que tem sentimento, que tem alma, que tem espírito, entendeu, é tão doloroso essa pessoa ser desprezada, se menosprezada assim, aviltada nos seus direitos mais significativos (...) Eu já passei por esse momento de exclusão (...) eu acho também, que com a antiga forma de tratar a pessoa ficava sem sentimento, virava um robô. (...) Eu acho que o que ajuda muito é a palavra, né? A troca de idéias, conversar com essas

pessoas, procurar saber o problema dessas pessoas (...) agora você não vê mais o lado medicamentoso, o lado clínico da pessoa só, né. O médico agora ele vê, sabe, o lado social, o lado cultural da pessoa e resgata e tem resgatado tudo isso pra pessoa, né. Eu acho que isso é muito importante na Reforma Psiquiátrica (...) Passei por essa coisa toda. Então eu acho que eu tenho muito pra acrescentar. (...) Porque eu sou uma pessoa que sou tipo assim um mito, um mito não. Eu quero dizer assim, uma figura que tá há oito anos nessa luta, que participou de tudo isso. (...) Eu tenho aquela identificação com as pessoas do núcleo, todas os meus colegas, os técnicos, profissionais, já tem muito aquela identificação”. (U.3)

O dispositivo grupal é também um espaço agregador, de construção de relações e histórias, que transforma a “imagem da loucura”. Seus participantes passam a “ter uma cara”, presença transparente e afirmativa para si e para a sociedade. São movidos pela “utopia ativa”, que nos falava Basaglia.

“(…) Eu to vendo que eu sou útil pra alguma coisa, eu to vendo que eu to mostrando, por menor que seja, eu ainda to, (...) fazendo alguém se espelhar (...) não é só eu que tenho vontade de gritar entendeu, tem pessoas gritando junto comigo, então isso aí, quando eu to no núcleo, o que me incentiva a tá no núcleo é isso, é a relação de amizade que nós temos, respeitando a divergência de ideologia de cada um, mas que tamos aqui pra contribuir pra alguma coisa, pensando em fazer alguma coisa útil. Eu acredito nisso, se isso é um sonho, se é uma utopia, então eu prefiro acreditar nisso”. (U.5)

Dentro do espaço do núcleo há uma proposta de *terapia em grupo de mútua-ajuda* por parte de usuários que vivenciaram esta experiência em outro espaço. No entanto, por enquanto, tem sido difícil sua implantação entre os usuários, pois há tanto aqueles que preferem restringir sua participação na discussão política, quanto aqueles que aceitam participar do grupo mas ficam numa atitude passiva, apenas aguardando que alguém coordene e dirija o grupo.

Alguns usuários sofrem efeitos na vida com a participação em um espaço que abre possibilidades no engajamento por uma causa que pode mudar a sociedade.

“Eu tava me considerando um morto vivo, me deu um ânimo assim, assim, na viagem à Porto Alegre, as pessoas que eu conheci lá e as coisas que foram discutidas em todo processo, a partir do pré-encontro deu um estímulo, um estímulo maior assim, tipo assim: nem tudo tá perdido (...) foi legal também que essa viagem pra Betim foi praticamente organizado pelos usuários”. (U.19)

Participar de um movimento não quer dizer que tenha que se subjugar a ele, pelo contrário, é justamente neste espaço que a liberdade de ser, de expressão, tem de ser vivida e não controlada. Nada paga o que foi adquirido de modo suado: a respeitabilidade e a condição de luta por direitos. E não será nenhuma entidade que cerceará esta liberdade conquistada. Esta é uma atitude política para com a vida.

“a gente valoriza muito o núcleo estadual, inclusive eu parabenezo muito o núcleo estadual, só não cedo a minha parte de liberdade, pra ninguém, nem pra núcleo estadual, pra federal, nem pra lugar nenhum. Minha liberdade não”(…) e outra coisa ser respeitado, e isso tanto faz ser estadual, federal, municipal, aonde que for, qualquer área de saúde que você faça parte de reunião, que você trabalhe em reunião, que

“você se esforce, porque não é fácil você ter um quadro de saúde e você se esforçar, não é fácil pra quem não tem, imagine pra quem tem (...) Porque nos papéis tem, nos ofício passa pra gente os direito dos usuário. Quede? Aonde que tá? Eu quero achar esse tal de direito que eu to procurando e não acho. Não. Eu não to achando esse tal de direito”. (U.13)

No cotidiano da luta antimanicomial aparecem os fiscalizadores da nova ordem na saúde mental. São, nesse contexto, por nós denominados de verdadeiros “guerreiros” numa luta, ou então, como eles mesmos se definem: “pessoas especiais”. Todos os sentidos estão em alerta, ao mínimo sinal aparecem as denúncias, as irregularidades.

“Eu soube do núcleo desde que eu vim fazer parte aqui do hospital-dia, né, ai eu via os grupões daqui do CAIS as pessoas falando da luta antimanicomial e eu sempre atenta, observando, ouvindo e querendo chegar até aonde dava aquilo, né. Até que um dia eu resolvi, tomei coragem e fui fazer parte de uma reunião do núcleo, né, e eu percebi que tudo aquilo parecia que ia de encontro ao que eu tava procurando, né, e eu comecei a fazer parte do movimento, digamos assim, e sinto o maior orgulhos em dizer: Eu sou uma militante do Movimento da Luta Antimanicomial’. Porque quando eu falo isso ai embaixo pro homem da Clínica da Gávea, o motorista, sabe, que já nem fala mais, só olha pra mim e faz assim (faz uma cara feita). Quando o paciente não quer entrar na Kombi ele fala assim: ‘Essa paciente que fica ai ela atrapalha o meu serviço. Ela não me deixa trabalhar direito’. Eu falo assim: ‘Cara, eu to fazendo o quê? Eu falei nada com você’. Mas somente a minha presença, eu já falei umas trocentas vezes pra ele que eu sou militante do movimento, que eu tô de olho nele. Então, ele fica inibido com a minha presença em pegar um paciente com mais violência pra colocar na ambulância. Por isso que ele fala que eu atrapalho o serviço dele, mesmo se eu não falar nada. (...) eu sou uma pessoa especial. Eu tenho pessoas especiais cuidando de mim, porque eu vou ser igual a todo mundo, né? (U.17)

A participação na luta acontece para aqueles que valorizam suas histórias, que não se calam diante de um passado conturbado, violento e mortificador do sujeito. A ação política reifica seu lugar no momento atual.

“Eu tenho muita história pra contar. Eu acho que o núcleo também oferece esse espaço. Eu acho que vai chegar um tempo em que as pessoas seriam recebidas como deveriam ser recebidas, nesses locais assim de emergência. Tudo acontece é na emergência, não é na enfermaria (...) Eu quero me sentir forte o suficiente, saber o suficiente, entendeu, pra quando enfrentar (...) então eu quero saber o suficiente pra enfrentar o policial, entendeu, ai se ele questionar comigo eu quero dizer porque que eu to falando daquela maneira com ele. Se ele me ameaçar eu quero dizer, a quem eu vou procurar pra me defender, baseado em quê, pra eles saber que não podem fazer o que eles vem fazendo, ainda vem fazendo, até que melhorou bastante, mas eu acho que pode ser melhor, e eu acho que vou conseguir toda essa possibilidade no núcleo. (U.17)

A luta no coletivo passa a ser totalmente viável, aqui estão fortalecidos para tentar segurar a “batata quente” que é a Reforma Psiquiátrica. Para isso, a militância precisa ser coerente com princípios básicos do movimento. Esta postura é cobrada pelos usuários militantes.

“o núcleo, o que ele mudou na minha vida foi que ele me deu a esperança de lutar, entendeu, por um novo horizonte assim dentro da psiquiatria, entendeu, de ver que a gente pode conseguir um tratamento decente, digno, sabe, por um colega, ou até mesmo pra gente caso a gente venha mesmo a precisar de novo, sabe. O núcleo é um local que a gente tem referência (...) então eu acho que o núcleo ele tem muita importância na vida do usuário, eu não sei na vida dos profissionais, porque eu não sou profissional e

nunca serei mesmo e nem gostaria de ser. sabe. eu acho que também não é uma posição muito boa, mas a posição de usuário também não é muito boa. entendeu, a gente vive passando a batata pra um e pra outro, de repente cai na mão do técnico, o técnico tendo um pouquinho de espaço passa pra mão do outro e assim a gente vai passando. É uma batata quente, né. reforma psiquiátrica é uma batata quente, né. (...) Agora eu apenas sou contra daquelas pessoas que ficam em cima do muro, sabe, que se dizem militante, que são a favor do movimento e que numa reunião é uma cara e fora da reunião lá com os comparsas é outra cara, sabe, ai eu fico pê da vida com isso”. (U.17)

A “responsabilidade social” do usuário se espelha no engajamento do movimento. Manter viva a luta autêntica dos usuários é o desafio. Estar atento aos interesses que rondam, por exemplo, a tentativa de institucionalização do movimento.

“eu fico assim com medo de isso ser institucionalizado (...) de usuário perder a sua autenticidade na luta política, sabe. ai eu me sinto sim responsável. É uma responsabilidade social. Essa responsabilidade social, eu tenho uma responsabilidade social com um movimento que nem existia, eu tive a responsabilidade social de criar o movimento (...)”. (U.15)

Na Reforma, não apenas fala-se de “clínica ampliada”, mas também já é possível pensar em uma “política ampliada”, em que se valorize as diferenças, abrindo portas para novos modos de inserção e participação no social, todas numa ação política.

“É porque tem pessoas que querem ver o núcleo num lugar assim como se fosse um sindicato (...) ele é um tipo de política, mas existem novas formas de se fazer política atualmente, entende. hoje se faz política com teatro, se faz política usando cinema, usando teatro, usando vários tipos de recursos que não é só aquele tipo de política que a gente tá acostumado a ver, do sindicalista, da pessoa que faz um discurso (...) Quando a gente vai e representa na praça a gente tá fazendo política, quando a gente vai e canta na praça a gente tá fazendo política. Tem uma outra coisa mesmo é que o usuário de saúde mental ele tá sempre se reconstruindo, tá sempre se refazendo, recriando sua vida, ele tá produzindo sentido pra sua existência internamente e externamente e o núcleo tem que ser um núcleo adequado a isso, porque outros lugares de discussão existe aos montes por ai, mas um lugar especial, como é o núcleo ele tem que tá atento, ele tem que ter uma atenção especial com relação às singularidades dos usuários”. (U.15)

Neste fórum de debates também ocorrem problemas e muitas divergências. Estes surgem justo porque as pessoas estão crescendo, ampliando o olhar para as questões que lhes interessam, sendo mais autônomas nas discussões, confiando nas suas idéias. O que será preciso providenciar é que as divergências ideológicas deixem de ser pessoais – de um contra o outro -, desmobilizando alguns e colocando em risco a essência da luta coletiva.

“existem vários tipos de problemas dentro do núcleo, mas acho que todos eles tem solução, porque tem que ter o momento certo pra saber resolver no momento certo, eu acho que as pessoas estão amadurecendo, nós usuários tamos crescendo, entendeu, e quando você cresce você começa a discordar, quando você cresce você começa a ter um outro tipo de visão, né, e tem que chegar uma hora em que a gente temos que até mesmo aparar as arestas, né, porque assim, não podemos viver como inimigo (...) Eu acho que isso não pode existir, mas divergência, ter pensamento diferente isso vai acontecer o tempo todo (...) uma coisa é eu discordar de você politicamente ou ideologicamente, outra coisa é divergir de você pessoalmente. Acho que nada pro lado pessoal vai ser bom, a gente vai ter divergência ideológica, mas não de chegar ao ponto de agressões verbais que não leva a lugar nenhum ou até de agressão física, eu acho que chegar nesse ponto não é legal”. (U.5)

“Eu me afastei porque (...) a coisa ficou muito politizada (...) Há cinco anos atrás isso não acontecia porque quando estamos juntos temos força, sonho e amor. Sonho que se sonha só é um sonho que se sonha só. E eu to sentindo assim que a coisa tá toda muito voltada pra política, e eu não gosto de politicagem (...) sabe quando você tá fazendo uma coisa por amor, que você não consegue, você faz por amor mesmo, sem interesses pessoais, entendeu, eu acho que de repente essa coisa tá pintando, entendeu, essa coisa do interesse pessoal, não coletivo (...)”. (U.21)

É apontado nas reuniões que, junto ao crescimento de usuário nas discussões e participação política, houve um arrefecimento dos técnicos, o que de algum modo enfraquece a idéia de uma luta antimanicomial, que é de todos. Aqui pensamos: será que os técnicos mantêm-se apenas dentro das instituições, enquanto os usuários engajados na luta buscam sair delas? Precisamos refletir sobre a observação deste usuário como sendo de importância para percebermos o movimento atual. No seu início, os técnicos reivindicavam melhorias nas condições de trabalho e, a partir disso, paralelamente às discussões dos maus tratos aos internos em hospitais, formou-se o movimento social. Hoje estes técnicos, numa análise embrionária, parecem silenciados quanto às suas condições de trabalho – que permanecem com dificuldades econômicas, de infra-estrutura, apoio material e de recursos humanos, etc., ou, pelo menos, estes problemas não chegam aos espaços coletivos ampliados, ou ainda se chegam, estão em outros fóruns. São realidades de mobilização distintas que são questões também para os usuários:

“O que tem de bom que eu to vendo é o avanço dos usuários, mas em contrapartida os técnicos falharam no núcleo. Não sei se a gente não consegue conviver democraticamente, mas a maioria dos técnicos, só alguns abnegados ali que permaneceram, quer dizer, o ideal seria ter o avanço dos usuários, mas também o avanço dos técnicos também (...) Não sei se é porque os técnicos tem alguns objetivos que não se casam com o nosso, objetivos materiais que não se tratam com os usuários, né, porque a gente não recebe pra fazer tratamento (...) teve essa coisa, não sei se é um choque por causa disso ou se o avanço dos usuários, os usuários não tem muita habilidade verbal, não tem uma polidez no discurso como tem o técnico (...) Mas eu acho que o que é mais forte nisso mesmo é essa parte monetária que não tem condições de discutir junto com, como é que vai discutir plano de carreira junto com os usuários, os familiares (...) Apesar de que lá no encontro de Betim, que era de usuários, os próprios usuários apresentaram a proposta de um melhor salário pro técnico, mais verbas, todas essas coisas foram tocadas lá também”. (U.19)

Diante de todas essas impressões, compreensões de uma experiência concreta, acreditamos que estes espaços – a cooperativa e o núcleo – são também, e principalmente, construídos pelos usuários, através do seu trabalho cotidiano e da sua visão crítica e reflexiva sobre os mesmos. Estão sendo protagonistas importantes da história que se faz e esta já é uma grande conquista, abrindo possibilidade para outras lutas.

Seguiremos com a análise das falas dos usuários, sobre como têm entendido o projeto de reforma e vivido tanto a inserção, pela participação social, como a cidadania.



### **3 - A participação cidadã em construção: com a palavra os usuários.**

Temos a intenção de continuar apreendendo as idéias dos usuários em relação à nova realidade na saúde mental. As temáticas escolhidas, nesta parte do trabalho, foram: A noção de Usuário, a Reforma Psiquiátrica e Assistência e a Inserção Social e Cidadania. Entendemos que estas questões ganham um brilho especial na fala crítica, compromissada e extremamente analítica dos usuários como protagonistas. Realizamos uma análise das falas para a nossa maior compreensão de como estes têm entendido e vivido a experiência possível ou não de inserção e cidadania.

#### **3.1 – A noção “Usuário” em questão.**

Achamos interessante destacar a questão do significado do nome “usuário” no campo da saúde mental. Pois, se estamos tentando com este estudo demarcar um pouco deste campo nos dias atuais, é importante saber as implicações para os próprios “usuários” desta mudança terminológica que diz respeito diretamente a eles.

Uma das mudanças realizadas pela Reforma Psiquiátrica no campo conceitual, no final da década de 80, que consideramos de extrema relevância, diz respeito à denominação do indivíduo portador de sofrimento psíquico no novo contexto. Em lugar de ser chamado de paciente, louco, doente mental, cliente, “expressões consideradas restritivas e inadequadas” (Amarante, 1995:130) passam a ser chamados de “usuários”.

Encontramos na bibliografia do campo da saúde mental algumas definições. Na Carta da Organização das Nações Unidas (ONU), de 17 de dezembro de 1991, chamada “Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, as terminologias “Paciente” ou “Usuário” significam “uma pessoa recebendo a assistência à saúde mental, e inclui todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental”. Na versão brasileira desta Carta, optou-se apenas pelo termo usuário, evitando a negatividade do termo paciente<sup>99</sup>. Já na Carta de Direitos dos Usuários de 1993, tal expressão refere-se a uma “situação específica”, que na maior parte das vezes expressa pouco da complexidade da pessoa que sofre.

“utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Queremos ser autores do nosso próprio

---

<sup>99</sup> Reprodução desta Carta em Vasconcelos (1992).

destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos”.

No relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, consta como “usuário” o “sujeito social”, indo além da referência ao uso de um serviço.

“os usuários são sujeitos sociais, autores de sua história. Deve-se mudar a relação entre o Poder Público e o usuário, fomentando canais de participação para que os direitos dos usuários possam ser exercidos. Estimular a organização dos cidadãos em associações comunitárias, onde serão debatidos os problemas de saúde mental e encaminhadas as propostas aos conselhos municipais de saúde (...) Estimular a organização dos cidadãos em associações comunitárias (...) Possibilitadas o exercício da cidadania desde a escola, sendo este um aprendizado construtor de subjetividade transformadoras, capazes de lutar por processos emancipatórios”. (MS,1994:19)

E ainda, na Ata do Núcleo Estadual, de junho de 1997, num encontro de usuários, encontra-se a definição de que “usuário” é aquele que “faz uso ou já tenha feito uso de medicação psiquiátrica e que freqüente ou tenha freqüentado algum tipo de serviço psiquiátrico”. Compreendendo que as pessoas que “sofrem na pele” os problemas psiquiátricos são os maiores interessados nessas mudanças, procuramos perceber como elas avaliam as mudanças e como preferem ser chamada, se é que isso determina algo de fato na sua vida cotidiana.

Ser chamado pelo nome é a preferência de alguns, isso implica o reconhecimento da pessoa como ela é, na sua particularidade, sem criar estereótipos, comuns em certos grupos socialmente marginalizados.

“(...) não tenho preconceito com nada, entendeu, porque é o meu nome, sabe, é meu nome e acho que nada mais justo”. (U.1)

“De uma pessoa normal. Meu nome mesmo”. (U.8)

Qualquer uma das denominações. Todas elas fazem parte do campo da saúde mental, todas dizem respeito a um processo que está em andamento.

“quando você põe assim cliente, cliente do quê? De serviços de saúde mental, aí, tanto faz se você falar paciente, se você falar cliente, usuário, sempre vai tá saúde mental mesmo”. (U.2)

“Eu acho que qualquer forma que é realidade, né. Eu sou paciente é realidade. Eu sou usuário é realidade. Tudo que esteja dentro da realidade pra mim tá bom”. (U.23)

“Pode ser usuário, cliente, que eu não me sinto, não to me sentindo doente assim, né, essa reforma que tá tendo, no Encontro Nacional foi discutido que não mais chamam de doente o paciente, é usuário, mas, apesar que é um cliente do psicólogo, médico, né. É, eu sou mais usuário, cliente, então acho que dá no mesmo”. (U.20)

“Tanto faz. Cooperativada, sei lá, como eles chamam aí. Tanto faz. Eu não ligo muito pra isso não”. (U.11)

A denominação “usuário” é a que tem peso por ser o termo mais “politicamente correto”, neste momento. No Movimento Antimanicomial, é o termo eleito para o combate ao preconceito na ação política. Comprova também o compromisso com o seu tratamento ao fazer uso da prestação de serviço em saúde mental.

“Eu acho que depois que você entrou na dança você tem que dançar conforme a música, entendeu, então sou usuário mesmo. Não sou paciente. Eu sou usuário porque é o termo politicamente correto que fala na luta antimanicomial, né, que nós somos usuários. Foi tirado num encontro (...) que nós gostaríamos de ser chamados de usuários. Então, eu não gosto de dizer assim: “Eu sou usuário” (engrossa a voz e fala contundente). Eu gosto de ser usuário (voz tranquila) . Uso serviço de saúde mental, uso de uma forma adequada, em benefício próprio, claro, porque eu não quero ficar doente”. (U.3)

“Com a reforma psiquiátrica ficou-se entendido que o termo mais correto seria usuário, então, como eu to de acordo com a reforma psiquiátrica, né, eu gostaria de ser chamada como usuária em saúde mental, se bem que eu acho que o nome, assim paciente, usuária, não interfere muito não, sabe, mas é legal você ser um usuário, porque desrotula um pouco, é um termo assim mais, digamos, sociável”. (U.21)

Dependendo do lugar, há preferência por certa denominação. No Núcleo Estadual, a preferência é pelo termo “usuário”, já que este é um dos segmentos do movimento. Agora, de modo geral, prefere-se ser conhecido como companheiro.

“ Dentro do nosso grupo, luta eu prefiro ser chamado de usuário, dentro do movimento em geral gosto de ser chamado de companheiro, do jeito que me chamarem... agora menos cliente, eu não sou cliente de nada, nem da Casa Bahia”. (U.5)

Ser usuário para não ser tratado como um “pobre doente”, paciente fragilizado e vitimizado.

“Pra mim é usuário, porque tira a visão daquele negócio; ‘Ah, paciente, tá doentinho, vou te chamar de paciente’. É u sou usuário.” (U.14)

Mas, por outro lado, justamente porque recebe tratamento é que deve ser chamado de paciente.

“Paciente, eu gosto de ser paciente (...) É um doente mental com assistência”. (U.16)

“eu já falei uma vez numa reunião mesmo. Eu não sou copo descartável, não sou papel descartável, eu não sou nada disso. Eu sou é paciente mesmo (...) Porque eu não me trato sozinha”. (U.13)

Uma entrevistada oferece entendimentos muito importantes. Para ela, “paciente” é aquele que *“precisa sempre tomar remédio...e tem de ser muito paciente (...) eu não sou usuária porque não sou copo de plástico”* (faz gesto de quem amassa o copo e joga fora) (U.13). A opção pelo termo paciente tem dois aspectos: primeiro por ser um dado de realidade, objetivo, por ser uma pessoa que necessita de cuidados de saúde; segundo, numa

postura observadora e crítica das relações que se estabelecem entre o técnico e o “usuário”, ela se refere a um estado de “paciência” dos técnicos para com ela e dela em relação aos técnicos. A não-aceitação do termo “usuário” se refere a não ser reduzida a um copo de plástico que é utilizado e jogado fora, um objeto de consumo, de uso descompromissado com seu ser cidadão. Como ela mesma diz: “Quero ser gente. Tô cansada de não ser ninguém”.

“eu descobri através de mim mesmo que tinha muita coisa diagnosticada só do que eu fazia, mas o que era feito comigo não tinha. E eu achava e acho isso muito errado. Porque uma é você vê que um paciente ou um usuário, porque usuário, as pessoa fala usuário e eu não me considero uma usuária, eu me considero uma paciente. Porque paciente? Porque se as pessoas tem paciência ou acha eu chata (...) Então eu me digo que eu não sou usuária, que eu sou paciente, porque pra mim agüentar esse tipo de coisa todo de um canto um, de um canto outro, daqui um, dali outro, então é muita paciência pra minha cabeça além desses problemas que eu tenho”. (U.13)

A preferência pela noção *cliente* demarca o lugar na sociedade que confere status e por isso merece o bom atendimento.

“Cliente. Porque eu ouvi a pouco tempo essa palavra. Quando você vê uma pessoa numa agência você é chamado de cliente, acho que nós tamos pegando um avião nesse rumo das diretrizes, que é da reforma. Então quando acontece de você (...) ganhar espaço e ser reapresentado às normas, então você tem que ser bem apresentado, você não pode ser excluído se aquele, numa forma simbólica que eu to falando, se aquele cara é, como se diz, cliente vip, se tem uma pessoa que está sendo bem atendida ali e você não vai ser bem atendida porque”? (U.18)

Ser chamada de *amiga* diz respeito ao estreitamento dos laços com os profissionais ou, diante da necessidade do rótulo, prefere ser “paciente”, termo particular da área da saúde, que não se confunde com outros usos no campo social como pode ocorrer com a noção “usuário”.

“Olha, eu gostaria de ser chamada mesmo de, mas tem que ter um rótulo, né, porque se não eles acham que não separa. Eu acho que o ideal seria ser chamada assim: ‘Agora eu vou atender a minha amiga. Vou bater um papo com a minha amiga, sabe, não é falar assim: ‘Ah, eu vou atender o usuário’. Bem porque essa coisa de usuário tá uma coisa assim tão estendida, né, a tudo e a todos, que eu prefiro ser chamada como antigamente, de paciente. Eu me sinto mais dentro da área de saúde do que como usuário. Paciente, eu fico assim. Eu não me sinto em comum nada como paciente. Eu sinto uma coisa que podem usar, podem não usar, mas sabe que tá ali e que pode ser usado a qualquer momento, tá pro uso, é o usuário. Enquanto paciente ele definia mais, já o cliente eu acho que fica uma coisa assim, dentro do serviço público fica uma coisa assim mais forçada, né, cliente é aquele que tem poder aquisitivo na minha cabeça, e cliente também eu acho que tá mais ligado a essa coisa de máfia, coisa mafiosa”. (U.17)

Ser “ex-paciente” para marcar que não se sente mais doente ou paciente, no sentido de passivo, sem poder de ação, em oposição ao ser agente, atuante em que se transformou, provando que conseguiu dar a volta por cima. Pode mostrar que o dito “doente mental” tem senso crítico, capacidade e força para superar os problemas e as dificuldades advindas com a doença, tem “responsabilidade, obrigações e deveres”, não só direitos. Ele não renega o

passado vivido como paciente psiquiátrico. Este passado é transformado numa militância a favor de uma nova ordem para a saúde mental.

“Eu fui paciente. Eu não fui agente de coisa nenhuma, né. Então, há uma diferença. Porque quando a gente fala ex-paciente a pessoa assume o compromisso de ter deveres, de ter obrigações, e quando a pessoa fica na situação apenas de, eu não uso esse termo de ex-usuário, eu uso mais ex-paciente, quer dizer, quando a pessoa usa esse termo ex-paciente a sensação que a gente tem é que a gente tem responsabilidades, a gente tem obrigações, tem deveres, não é só direitos não. Não negando a questão psiquiátrica. É reconhecer que teve um problema médico que foi portador ou que é portador de um problema do problema de saúde mental. Eu nunca vou deixar de ser o portador do problema que eu trago em mim, porque se eu vacilar eu adoço novamente. Eu não adoço porque eu me conheço muito bem, porque eu tenho um estilo de vida que não me deixa adoecer”. (U.15)

Percebemos, então, que há vários modos de compreensão sobre a nomenclatura “usuário”. Para alguns, esta questão do nome não causa implicações nas suas crenças, atitudes e comportamentos, isto é, não se vêem influenciados pelas novas nomenclaturas. Outros demarcam o lugar específico que ocupam no campo da saúde mental, ao valorizar o termo “paciente”, mas não com o teor de “passividade”; pelo contrário, ser “paciente” registra o reconhecimento do direito de ser tratado, cuidado, relevando a especificidade do seu caso. Ou seja, é um rótulo necessário, pois marca uma necessidade diferenciada. O fato de não ser rotulado por nome algum, que o distingue das demais pessoas na sociedade, também é necessário para o convívio social sem a vivência de preconceitos.

Mas, para outros - como as lideranças do Movimento de Usuários -, a definição pode demarcar aspectos importantes da ação política por eles desenvolvida. No dizer de Fernandes, no debate “Reforma Psiquiátrica e Intervenção Cultural”, em 18/05/99: *“Eu acho que nós, pacientes e ex-pacientes não somos atores no sentido pleno da palavra, eu acho que como atores de teatro ou de cinema, nós somos atores sociais, agentes”*. Segundo Souza (1987:12), *“um determinado indivíduo é um ator social quando ele representa algo para a sociedade (para o grupo, a classe, o país), encarna uma idéia, uma reivindicação, um projeto, uma promessa, uma denúncia”*.

Deste modo, procuram marcar um outro “lugar social” e um outro fazer, em que a noção de “usuário” auxilia nesta demarcação, porém não dá conta da intensidade das suas lutas. Como “usuários” não negam sua especificidade relacionada à questão psiquiátrica, motor para a organização coletiva, construindo uma nova percepção sobre o louco no imaginário social. Reconhecem que são mais que simples “usuários” de alguma coisa, são sujeitos, atores sociais. Passam, assim, de “bode-expiatório”, “ser desalmado”, “ser despersonalizado”, “bicho papão”, “objeto precioso de lucro para os senhores empresários da saúde”, “objeto da psiquiatria”, “mercadoria dos hospitais”, para “ser psicológico e social” (*“isso daí implica*

*em liberdade, implica em amor, em trabalho, falou do social falou do trabalho*” (U.15) ); “ator modificador”, “ator e agente social”<sup>100</sup>.

### 3.2 - Reforma Psiquiátrica e assistência: novos caminhos.

Nem todos usuários souberam explicar o que é a Reforma Psiquiátrica, apenas já ouviram falar alguma coisa. Porém, mesmo de modo superficial, entendem que diz respeito a mudanças no tratamento.

Aqui reconhecemos a necessidade do conhecimento histórico da Reforma para o nascimento de uma visão mais ampla e crítica dos acontecimentos atuais na saúde mental. Por exemplo, é comum no Núcleo Estadual ter reclamação de participantes sobre a ausência de discussões que os façam entender melhor certas questões, de modo mais aprofundado, mantendo-os mais informados. Tal conhecimento poderia evitar o processo de naturalização dos novos dispositivos estratégicos, deslocados do seu contexto de Reforma e de lutas políticas nos espaços da saúde mental.

Consideramos que todo e qualquer ator da causa antimanicomial deve reconhecer que faz parte de uma história recente. História que aponta para alguns diferenças como o fato de hoje poder se falar mais abertamente da psiquiatria, um saber que antes era para poucos. É como dirá um entrevistado: quem tem informação tem saber e poder. Entendemos, então, que uma participação consciente na sociedade contribui para uma inserção mais comprometida do usuário.

“Eu vejo que muitos de nós estamos talvez não esclarecido, não informado o que que é realmente a essência da reforma psiquiátrica (...) quem tem a informação tem saber, quem tem informação tem poder e é claro que que isso tem que ser socializado, tem que tá passando o tempo todo pras pessoas o que que é uma lei, o que que é uma portaria, o que que é uma resolução, no que que isso vai afetar (...) O que que nós estamos defendendo? Nós estar inserido na sociedade e pra tá inserido na sociedade como na forma geral é tá a cada dia ultrapassando obstáculo e ultrapassar esse obstáculo é você ter clareza daquilo que você tá discutindo, é você ter conhecimento suficiente de que por melhor do que seja as intenções tem propostas boas e tem propostas ruins, entendeu, e você de repente pode tá sendo manipulado, pode tá sendo tipo marionete, né, e não é bem assim. A Reforma Psiquiátrica é uma coisa muito séria (...) não é só desospitalizar, não é só criar CAPS e NAPS, de uma forma pra mim irregular, eu acho que é dar infra-estrutura, suporte pra que esse usuário possa vim ter atendimento sem que precise amanhã tá voltando (...)”. (U.5)

A partir de algumas entrevistas, percebemos também que a Reforma Psiquiátrica não é só a mudança no tratamento, mas também abre as portas para novas possibilidades de vida, em que podem ser vistos a partir de outra perspectiva – a de seres inclusivos. Sentir-se, como

<sup>100</sup> Os nomes entre aspas foram selecionados de textos escritos pelos usuários, das entrevistas e da observação do campo.

os outros – os “normais” - é uma meta, pois só assim poder-se-ão perceber úteis novamente. Vivemos na cultura da utilidade, no mundo do trabalho, de produção permanente. É essa normalidade que alguns sujeitos pretendem conquistar para poderem estar incluídos, jogando pela janela a imagem do ser ocioso e violento.

“ uma revolução no tratamento, uma revolução nas formas de socialização, sabe, que a gente tá mostrando pra sociedade que nós somos iguais a vocês, entendeu, nós somos iguais a todo mundo, entendeu, ninguém é diferente de ninguém, simplesmente temos um problema e temos que resolver esse problema, só isso, não vamos machucar ninguém, não vamos prejudicar ninguém, nós só queremos resolver o nosso problema e gostaria que vocês me ajudassem, entendeu, então, eu acho que é uma forma de ajuda não só pro doente, mas também pra sociedade parar com esse preconceito, com essa discriminação que existe (...) a forma de tratamento no hospital - dia, NAPS, ambulatorial, essas coisas que apareceram, estão aparecendo, Lares Abrigados (...) é uma forma do usuário se sentir mais valorizado, sabe, acho que a grande coisa que o usuário precisa é ele sentir que é uma pessoa igual às outras, que é uma pessoa normal, só que tem um problema, mas sentir isso se valorizando, agora pra se valorizar ele tem que achar que é útil, entendeu, e a sociedade não estava dando esse crédito para gente (...) a gente tá começando (...) a ter um pouco mais de inclusão, né”. (U.1)

Para alguns “usuários”, a idéia tradicional de que o diferente deve ser excluído é questionada. Hoje é possível entender que ele é um “material humano” (U.2) importante para a sociedade. O retorno à tarefa laborativa reserva muita gratificação. A Reforma abre espaços para o encontro dos usuários com momento da vida que era sentido como perdido.

“Quando eu entrei no CAIS eu comecei a ver melhoras em mim (...) na cooperativa, depois que eu fiquei doente, foi a primeira vez que eu me senti bem trabalhando (...) Fazendo aquilo com prazer”. (U.23)

Acabar com a cultura da violência, associada à loucura, é um desafio no cotidiano dos usuários e suas instituições, o dever é a transformação da cultura naturalizada.

“Porque as vezes acontece um crime bárbaro e diz que o cara é maluco, foi um cara maluco que fez aquilo, e a sociedade generaliza, entendeu, não é bem assim, eu, por exemplo, não faço nada disso, não mato ninguém, não roubo ninguém, só quero trabalhar direito, entendeu, trabalhar bem, não quero fazer mal a ninguém, só quero ser feliz e isso não acontece, as pessoas generalizam, porque um cara fez todos fazem (...) Eu acho que devia haver aí um esclarecimento, entendeu, por parte do governo, fazer alguma campanha, acabar com o preconceito”. (U.23)

“questão da doença mental, porque até então era um problema que as pessoas viam assim de longe, tinham muito medo quando se falava em problema mental, as pessoas aí fora, sabe, tinham medo, e hoje nós estamos usando camisas que falam que o doente mental é uma pessoa comum, que não faz mal a ninguém, entendeu, tirou um pouco, tirou pouco não, tirou muito do estigma do que é a pessoa que tem um transtorno mental. A reforma psiquiátrica, a mídia tomou mais conhecimento do que é o problema mental (...) houve uma tomada de consciência e essa tomada de consciência foi maravilhosa”. (U.21)

Aceitar o problema psiquiátrico e seguir seu tratamento determina a mudança da pessoa nas suas relações com a família e com a sociedade. São ganhos preciosos.

“O próprio paciente se ele for, se ele determinar, se ele for determinado e começar a trabalhar e a tomar o remédio e se concentrar no objetivo dele ele melhora, né, a sociedade vai aceitar ele com mais, vai ver ele com bons olhos, né”? (U.12)

A Reforma é um processo que viabiliza mudanças, que anda pra frente. Afinal, não é caranguejo.

“ (...) melhorar de mente, assim se sentir mais real na realidade. Eu acho muito importante também, eu vou pra psicóloga falar, é coisa tudo que se evolui, coisas que, voltar a acreditar, que quem anda pra trás é caranguejo, é pra frente que se anda”. (U.20)

A constituição de um outro sujeito na Reforma é o desafio. Nesta fala, a “doença mental” parece colocada “entre parênteses”, possibilitando, então, ao louco sua retirada do lugar de objeto da psiquiatria, pura e simplesmente, para a conquista do status social e psicológico.

“A reforma psiquiátrica pra mim é os médicos reconhecerem que eles são os grandíssimos malucos, doidos, né, que a sociedade é maluca também, né, ou seja, a sociedade precisa reestruturar o atendimento em saúde mental, porque até então, esse atendimento em saúde mental ele era reflexo de todas essas atribuições que se faz da loucura, ou seja, a loucura é aquilo, ‘o cliente da loucura só pode ser visto como um objeto, que se vai dar remédio pra ele, mas ele não existe socialmente, ele não existe psicologicamente’, então com a reforma psiquiátrica ele passa a existir socialmente, ele passa a existir psicologicamente, ou seja, ele não é mais um ser desalmado, ele não é mais alguém que não exista como pessoa, então ele passa a existir como pessoa, ele passa a existir como um ser psicológico (...)”. (U.15)

Já em relação ao contexto atual de mudanças, um “usuário” nomeia duas formas de participação, dependendo dos espaços que frequenta: 1- como “usuário” no serviço de saúde mental em que é mais flagrante a diferença entre os técnicos e os usuários, onde, em termos de participação e decisão, ele se vê como “ator coadjuvante”, já que os técnicos se reúnem e decidem sobre os rumos da assistência, das terapêuticas e “dão as mãos para os usuários e os guiam”; 2 – como “usuário” num espaço político como o Núcleo Estadual em que os segmentos “não estão divididos”, existindo diálogo sobre os rumos do grupo, contando com a participação de todos; neste caso ele se vê como “ator modificador”. (U.19)

Contudo, na visão de Easaglia (1979:39), estas duas formas podem caminhar juntas: o “dar as mãos” e a participação democrática. Claro que dependerá da formação do profissional e a visão deste sobre o paciente: “*Quando enfrentamos a loucura no meio da miséria, o louco deve se conscientizar de que o médico está ali para dar-lhe uma mão, para ajudá-lo. Não*



*numa situação de poder, mas numa situação de reciprocidade, e esta também é uma situação de terapêuticidade”.*

A lembrança de um usuário sobre os rumos da Reforma no espaço acadêmico é de extrema relevância, já que os profissionais que se formam continuam tendo conhecimentos reducionistas que esbarram na complexidade do momento atual.

“Eu acho a reforma também vai acontecer na medida que o ensino acadêmico for sendo mudado, sabe, porque o ensino acadêmico ele tá muito ligado à medicina organicista (...) eu acho que é a interdisciplinaridade que vai fazer com que isso seja mantido, quer dizer, no campo das ciências sociais e no campo das ciências (...) acho que vai haver essa mudança assim e tá havendo um corte epistemológico, um corte que fez com que passasse a existir esse novo modelo de atendimento, esse novo modelo psicossocial”. (U.15)

### **Recordando a história: o ontem e o hoje.**

Para os “usuários” que não viveram os horrores das internações, é questão de sorte poder ter hoje o suporte dos novos dispositivos de saúde mental. Para os que sofreram a exclusão e o estigma da loucura na internação, são outras as experiências. Logo, para os segundos, a Reforma é vivida como um sonho realizado. A lembrança do vivido é o que dá sentido às lutas atuais. São lembranças que potencializam e que marcam as diferenças do ontem e do hoje, onde fica claro a construção do discurso do movimento de luta pela cidadania e respeito à singularidade.

“A Reforma Psiquiátrica pra mim é um sonho que as pessoas puderam realizar (...) eu sempre conto essa história que eu quando tava doente, quando eu tava internado, eu via muitas coisas, a gente era proibido de muitas coisas (...) alguns técnicos (...) eles viam o meu caso assim, eu notava que eles queriam fazer alguma coisa pra me ajudar, ou seja, eles viam que ficar ali confinado, internado pra mim não era legal (...) Eles falavam assim: ‘po, a gente tem que dar um jeito nisso, não podemos tratar uma pessoa dessa forma’ (...) Quer dizer, merece uma coisa melhor assim, todo mundo merece uma coisa melhor, não só eu. Mas era assim, coisas que elas não podiam passar por cima, as psicólogas, o terapeuta ocupacional, não podiam passar por cima de uma ordem médica. (...) Eu falava assim: ‘um dia eu ainda vou trabalhar e eles vão ver que eles tão fazendo uma besteira, tão desprezando uma pessoa porque é uma pessoa doente. (...) Reforma Psiquiátrica é isso aí, é tratar as pessoas com humanidade, né, com respeito ao ser humano. Po, eu fui tão aviltado nos meus direitos de cidadão, tanto eu quanto os meus colegas que tão internados, até hoje (...) a visão, agora é o seguinte, hoje em dia o tratamento da reforma psiquiátrica, você deve saber disso, ele não tá voltado só pra medicação, só pro quadro clínico da pessoa, tá voltado também, ao lado social, ao lado cultural, quer dizer, ao lado mais humano (...) as vezes a pessoa assim num tratamento preso não vai adiantar pra todas as pessoas, né, cada um tem que se tratar na sua singularidade, tem que ser respeitado o seu momento, tem que ser respeitadas as suas idéias pra que haja uma sociedade mais saudável”. (U.3)

“no começo do meu problema, digamos assim, se eu tivesse tido o atendimento que eu tenho agora, tá, não to chorando leite derramado não, eu fico imaginando quantos anos eu poderia ter vivido lá fora, levando uma vida, digamos entre aspas, saudavelmente. O que eu poderia ter feito da minha vida? Mas o que tinha era trancafiar, era dopar, era jogar no pátio, essas coisas assim”. (U.17)

Uma pessoa com “mais de 40 internações” se consola pelo tempo perdido, acreditando que ainda há tempo de conquistar algo para si.

“é uma mentalidade do hoje e do amanhã. ontem não teve isso (...) Eu queria, a reforma psiquiátrica, eu queria que fosse feita há dez anos atrás, eu já estaria bem mais desenvolvido, bem mais situado, mas, graças a Deus, ela existe, né, então, que fique pra lá os anos perdidos e quero aproveitar agora pro futuro me dar bem”. (U.6)

A história movimenta ações e desenvolve a crítica também em relação às mudanças que ainda não aconteceram no presente, sinal de que muito ainda precisa caminhar em relação às instituições e seus profissionais. O que acontece agora é que o “usuário” já sabe que, ao falar, poderá ser ouvido. É preciso que realmente os técnicos estejam dispostos a saber o que eles têm a dizer.

“mas os poucos que conseguem se beneficiar com a reforma psiquiátrica, embora ela não esteja assim uma coisa satisfatória, tá, mesmo aqui a gente ainda ouve pacientes internos, ex-internos reclamando do tratamento que teve durante a internação, porque, infelizmente, os psiquiatras acham que depois da internação, do surto, o paciente não vai se lembrar do que passou. Coitado do médico, do psiquiatra, da psicóloga. Mas infelizmente a gente lembra, as vezes não de tudo, mas de quase tudo, entendeu, aí é que fica as seqüelas, fica a mágoa, é que fica uma série de coisas pra ser tratada, dentro dessa nova psiquiatria”. (U.17)

Com a Reforma Psiquiátrica há a possibilidade do pagamento de uma dívida construída com o sofrimento vivido no cuidado tradicional. Agora, ao mesmo tempo em que são oferecidas muitas coisas atualmente, pouco se faz, ou pouco resultado se tem obtido, em termos de criar novas oportunidades ao “usuário” fora do espaço assistencial, fazendo com que permaneça nas redes da assistência. Diante disso, “agarra-se ao que tem”, o que é possível no interior da saúde mental. Para quem lhe tirou a vida, que hoje se ocupe em resgatá-la.

“Tudo que a psiquiatria está oferecendo eu estou pegando, porque de graça até injeção na testa. E a psiquiatria me deve muito, porque eu dei muito à psiquiatria. Eu dei a minha adolescência, eu dei a minha juventude e talvez dê a minha velhice também, espero que não, mas se eu tiver que dar o que eu posso fazer? Já to nessa, só tenho mesmo é que dançar no sapatinho, né. E aceitar. Então, eu acho que a psiquiatria me deve muito, e já que ela não tem como me pagar. Eu só posso fazer o quê? Usar o Clube da Esquina e mais o que vier por aí, já que eu vou viajar, tem quem pague, então vamos viajar, vamos militar, vamos fazer outras coisas mais (...)”. (U.17)

Esta visão pode acarretar o risco do desenvolvimento de um tipo de “lógica assistencialista” (Barros,1994a) que, ao invés de potencializar o usuário para outros fóruns, o mantém preservado nos espaços protegidos da saúde mental. Não podemos afirmar que este é o caso acima, por ser uma opinião com um olhar crítico para a realidade, mas pode ocorrer com aqueles que acomodam-se ao que já vem sendo oferecido neste campo. Na reflexão de Barros, quando ela discorre sobre a proposta italiana de integração no social, a lógica assistencialista traz armadilhas:

“invalidação da autonomia da pessoa, aprisionando-a numa teia de dependência, no lugar de quem não é capaz de produzir e que, portanto, deve ser assistida em tudo. A proposta triestina procura atingir profundamente essa lógica, afirmando que existem possibilidades para que a pessoa que se encontra na rede assistencial participe da sociedade de mercado. Trata-se de encontrar caminhos para que as potencialidades de cada um (mesmo que residuais) de trocar, dar e de produzir sejam efetivadas”. (Barros, 1994a: 102)

Na avaliação de outro, se os “usuários” foram os que mais sofreram em certas circunstâncias da história, o que aconteceu é que, na verdade, também os técnicos e familiares foram “vítimas” do manicômio, das suas estruturas, do modelo que produziu o “duplo da doença mental” – que são as instituições produzidas em torno da doença que nega a subjetividade do sujeito e permite a existência dos preconceitos sobre a loucura.

“tanto os técnicos, quanto os familiares, quanto os usuários eles foram vítimas de uma ignorância coletiva (ri). né, do homem com relação a si mesmo (...) Então, eu acho que todos foram vítimas do manicômio. As vítimas do manicômio são técnicos, familiares e usuários. Esses três segmentos são vítimas de uma estrutura e a gente quer reestruturar o sistema hospitalar psiquiátrico”. (U.15)

O sujeito histórico fala do seu sofrimento, principalmente emocional, e reivindica atenção e maior compreensão das pessoas pelo que viveu com a doença, gestos que não se reduzem ao sentimento de “pena”.

“se tem uma coisa que eu tenho que falar eu vou falar, porque sofrimento, bateu sofrimento, passei muita coisa, embora eu não tenha feito muitas cirurgias, nada de cirurgias, mas em termo de situação emocional foi demais (...) não pensam que quando elas tão magoando alguém, ela não vê que aquilo que ela tá fazendo é errado. Porque ela tem uma história, essa pessoa que tá sofrendo tem uma história. Eu não queria dar uma de sofredor, de peninha mas acho que a pessoa tem que valorizar mais ela mesma. E ver, as vezes as pessoas não entendem, a pessoa que tá passando por aquilo, ela fica num estado inferior, e aquela pessoa que tem mais probabilidade de nunca ter aquilo ou então não sofrer aquilo tem que dar mais valor”. (U.18)

A internação oficializa a doença, deixando marcas que vão contra uma vida saudável. Em oposição a produção da mortificação na instituição, é preciso produzir sentido de vida para as pessoas.

“Eu, por exemplo, não queria que na minha carteira (de trabalho) tivesse assinalado doente psiquiátrico, mesmo porque em tese eu era contra essa questão de alguém dizer que eu tinha estado doente ou que aquilo era uma doença, até que ponto que aquilo era uma doença e até que ponto aquilo era uma farsa do próprio sistema, da própria sociedade, porque a sociedade também usa a doença pra controlar os indivíduos (...) pra tachar como doentes mentais aquelas pessoas que não estão dentro dos padrões de comportamento que a sociedade exige. (...) quando você é internado (...) se você não é doente você passa a ser doente, se você não tem uma cisão na personalidade ou se existe essa cisão e essa cisão é pequena essa cisão passa a ser maior porque os manicômios eram umas verdadeiras fábricas pra cronificar mesmo os indivíduos, aí produzia mais doença. E interessava pro dono do manicômio produzir mais doença. É bem diferente daquilo que nós lutamos hoje em dia, que é não pra produzir doença e mortificação, mas pra produzir, eu acho que os lugares de atendimento em saúde mental deveriam produzir vida, produzir sentido de vida pras pessoas e não mortificação”. (U.15)

### **Problemas na Reforma Psiquiátrica.**

Alguns entrevistados acreditam que a responsabilidade por conquistas na Reforma Psiquiátrica perante a sociedade e os políticos deve ser de todos os segmentos que compõem o campo da saúde mental, porém nem todos acham que essa responsabilidade é sua ou do coletivo, mas sim do médico, dos profissionais ou do governo simplesmente.

Para outros, é preciso que a Reforma Psiquiátrica obtenha conquistas concretas; caso contrário, torna-se frágil diante de interesses pessoais, políticos. Desta forma, será preciso uma luta macro da Reforma que se preocupe com legislação específica, legalização e oficialize e garanta a existência e continuidade dos novos serviços. A defesa do espaço público na Reforma é também uma bandeira.

“A Reforma Psiquiátrica pra mim (...) a essência dela é uma coisa muito boa (...) eu respondendo pelo segmento dos usuário, tão distorcendo um pouquinho a questão da reforma psiquiátrica (...) . Tem pessoas, inclusive, que tá internada? Tem pessoas que precisa de NAPS, CAPS, Hospital-Dia? Tem. Tem doentes sociais? Temos. Agora o que temos de reforma psiquiátrica hoje (...) Isso é uma reflexão que eu tenho como até preocupação. Não se construiu e não conseguiu se construir uma alternativa concreta, através de legislação; se criou-se alternativas como NAPS e CAPS ,acho que amanhã ou depois podemos vir a perder isso (...) a minha preocupação é o seguinte, se muitos governantes, se muitos políticos e outros governadores, outros prefeitos não querem esse tipo de serviço e esse serviço é tercerizado, o que que acaba acontecendo? (...) é uma coisa muito de governos, gestores, um dia que um gestor disser: ‘Não quero esse serviço’. O que que acontece com nós usuários, que vai precisar desses serviços. Pode vim precisar e aonde que a gente vai ser atendido?” (U.5)

Algumas propostas são feitas para o fortalecimento da Reforma: não acabar com o manicômio, se não tiver onde colocar o paciente; não pintar apenas a parede. Visão extremamente crítica não apenas dos caminhos administrativos e políticos da Reforma na saúde mental. Aqui a luta é no campo ampliado, para além da psiquiatria; diz respeito ao campo da saúde, de modo geral, da responsabilidade social mais ampla.

“Reforma Psiquiátrica, depende da reforma que eles fizeram, porque eu coloquei três pauta: uma, não adiante acabar o manicômio, o hospital senão tem aonde botar e se não tem família nenhuma, vão botar pra rua? (...) a reforma na nossa área de saúde, no nosso Brasil é muito importante, mas que seja importante não só pra pintar parede, porque reforma só pra pintar parede e fazer hospitais bonito, isso pra mim não interessa, eu quero saber se tem reforma, é que você procure um psiquiatra, tenha, que você procure um cardiologista, tenha, que você procure um clínico geral, tenha (...) ultimamente tá chegando nos hospitais e não tem é pra nada, tem um ou dois pra mil, que reforma? (...) Então, nós temos que melhorar essa Reforma (...) Eu quero é evolução”. (U.13)

Esta última fala e a próxima nos remete ao fato de que a Reforma tem feito mudanças, mas apenas no próprio interior do campo da saúde mental. Porém, poucas são ainda as conquistas externas que possibilitam maiores chances a este grupo. É preciso criar meios de aproximação com outros fóruns da sociedade. Isto faz com que o “usuário” aproveite tudo de

novo que surge com a Reforma, mas permanecendo sem chances de conquistas em outros campos, onde as questões do movimento ainda são pouco conhecidas e debatidas. A resposta de uma entrevistada sobre se a sua vida mudou, neste contexto, é extremamente rica para se pensar aonde a Reforma vem acontecendo, aonde ela está se centrando, se apenas dentro dos “muros” assistenciais ou não.

“Mudou, mas mudou dentro da psiquiatria. tá. E eu gostaria que houvesse uma mudança fora dos muros da psiquiatria. É lá que eu preciso de uma mudança. Aqui eu sei que tá tudo aqui. Nada vai sair daqui, entendeu, é importante que haja essa mudança da psiquiatria. É importante que haja essa mudança, mas pra mim essa mudança é importante, mas se não há uma mudança lá fora, entendeu, eu fico mais voltada pra cá. Enquanto que a intenção do tratamento é que eu fique mais voltada lá pra fora e não cada vez mais cá pra dentro. Então, aí a coisa fica assim meio confusa na minha cabeça, diante da importância, entendeu, de tudo isso e se lá fora não acontece nada, aqui tem coisas mais importantes, aí eu me pergunto: ‘Quando que eu vou sair daqui então, se cada vez a psiquiatria tá oferecendo mais coisas e lá fora nada me é oferecido?’ Então eu não vou sair daqui nunca. Eu vou ficar velhinha aqui, de cabelo branco, esclerosada, caducando, sentada num banquinho (...)”. (U.17)

### **Participação na sociedade e responsabilidades.**

Verificamos o compromisso e a responsabilidade de alguns para com o acontecimento da Reforma Psiquiátrica. Acreditando no seu potencial, é possível se assumir e se anunciar na luta pelos seus interesses. Encarar-se como um protagonista importante da sociedade, buscando conquistas e não se contentando apenas com dádivas e favores.

“O próprio usuário de saúde mental que tem que fazer essa transformação. Ele próprio é que tem que chegar à sociedade e falar: ‘Estamos aqui. Tamos aqui e queremos nos colocar de igual com vocês’. Desde o momento em que o usuário se sente impotente ele não vai... Nós usuários temos que botar na cabeça o seguinte: ele tem que ocupar todos os espaços da sociedade pra mostrar que: ‘Eu estou aqui. Eu estou na sociedade’. Eu acho que só cabe mesmo ao usuário isso”. (U.5)

“usuário que eu acho que é a responsabilidade maior, sou eu quem é que tá com problema, não sou eu? Então, sou eu o maior responsável, né. E aí vai familiares, os profissionais que são assim os mais ligados, os amigos e aí vai, vai, vai abrindo o leque, como tudo na sociedade e aí vai abrindo o leque (...) Não é uma sociedade? Então todos são responsáveis desde a parte jurídica, legislativa, executiva, a responsabilidade é de todos. O que que adianta o legislativo chegar: ‘Ah, aprovou a lei’. Agora (...) tá lá aprovado, mas cadê o executivo?” (U.19)

A conquista de espaços em que possa se fazer presente pela palavra, pela voz, oferece ao “usuário” a responsabilidade pela luta política e por mudanças na Reforma. Um movimento de troca, de produção e de conhecimento, que exige sua exposição e a situação de diálogo com os técnicos e os demais membros da sociedade, intensificando, assim, sua autonomia.

“A passar do dia que deram a palavra a nós, usuários, eu acho que somos nós. Acho que eu é que tenho que ter a responsabilidade de ser digna de chegar perto de você, de reivindicar, de conversar, dialogar, passar alguma coisa que você não saiba que eu sei, perguntar alguma coisa a você e você responder se quiser, porque é um direito seu também, eu tenho que respeitar isso, o quanto você tem que respeitar o meu. Agora eu acho que da maneira que nós temo que respeitar os cidadãos, eles também tem que ver que nós somos gente, não somos uma virose que vai pegando assim e não tem cura e tá todo mundo louco, tá todo mundo maluco”. (U.12)

“Eu sei que eu colaborei com a criação desses movimentos todos como usuário. Eu sei que o papel nosso, do usuário, é muito difícil pra nós a gente se colocar na televisão, se colocar no jornal, mostrar a cara da gente, aparecer gritando, aparecer em fotografia do jornal ou dar depoimento pra TVE, pra TV Cultura e se colocar como alguém que teve, alguém que fala em nome dos usuários de saúde mental, então é muito difícil enfrentar a sociedade, enfrentar a nossa família, enfrentar a sociedade e a gente acreditar no movimento nosso. (...) apesar da luta antimanicomial eu acredito e que o usuário tem que investir na sua autonomia, tanto individualmente quanto socialmente, agora investir e ver o técnico como um aliado, que vai ajudar, uma pessoa que ajuda, mas o usuário tem que ter controle sobre o seu tratamento”. (U.15)

### **A experiência nos novos serviços.**

A atenção intensiva nos serviços abertos é muito importante e reconhecida por eles. Todos recebem algum tipo de tratamento e conseguem conduzir sua vida sem a história de internação: “hoje em dia eu não me interno de jeito nenhum” (U.3). Percebe-se a mudança na relação terapeuta-paciente, abrindo oportunidades para novas formas de atuação, na escola, trabalho. Histórias de vida são valorizadas, sendo os usuários reconhecidos nos seus sofrimentos e conquistas.

“ ‘Po, vou ter que me internar, agora não tem jeito, não tenho saída’. ‘Não mas você não pode ser, você não tem problema psiquiátrico’. ‘É. Mas o que que eu to fazendo aqui?’ ‘Você está se cuidando, mas no momento você não tem quadro psiquiátrico pra ser internado’. (...) não me internam de jeito nenhum mais. E isso pra mim é até uma forma de ficar feliz, né, me sentir bem. Porque eu falava. Quando eu chegava aqui, minha mãe por qualquer coisinha falava: ‘Ih, esse cara tá doente’. (...) Ai chegava aqui o médico me internava: ‘Po, mas eu não sou doente. (...) Ai passava três meses tomando remédio. Ai ficava como a maioria das pessoas, você tomando um bolão de medicamentos, você fica grogue, né, grogão, todo paradão, todo assim impregnado como dizem, né? Então é isso. Eu acho que muitas vezes não era necessário ser internado não”. (U.3)

“essas passagens por esses manicômios, né, por esses hospícios eu acho que deixam muitas seqüelas e a gente depois disso se a gente não tiver um atendimento específico, né, a gente fica naquela mesmice, sabe, até mesmo de achar que pela mínima coisa precisa de internar, e depois que eu comecei a fazer psicoterapia eu vi que eu não preciso tanto de internação assim, eu preciso mais de um atendimento de um acolhimento, de pessoas que me dêem mais atenção (...)”. (U.17)

Os serviços constituem-se como passagem para novas oportunidades. Lugar de construção de auto-estima e confiança, intensificando a sua própria relação com o seu problema psiquiátrico e com o de outros usuários. Criam-se lugares de cumplicidade e respeito.

“No hospital-dia ( ) me ajudou muito, mas muito mesmo a me reorganizar, e se eu cheguei a um ponto de poder trabalhar fora, tá, de ter a capacidade de trabalhar fora e não cair doente, que até a minha família deixou, meu marido deixou, minha filha deu o maior apoio, mas tava todo mundo receoso, até os técnicos lá do hospital e tudo, dando a maior força, mas com receio que eu caísse doente e eu não cai, e eu acho que isso eu agradeço ao tempo que eu fiz de terapia no hospital-dia. (...) eu cresci como pessoa lá dentro, eu fui me identificando, aprendendo muitas coisas, que é conviver com outros pacientes, tá entendendo. Po, se eu tivesse muito bem, chegasse aqui e o pessoal não tava muito bem, se eu não tivesse tido uma espécie de treinamento, vamos dizer assim, no hospital-dia, né, convivendo com os colega uma hora mal, outra hora bem, ajudando e tudo, como ‘é que eu poderia estar aqui agora?’ Eu ia dizer assim: ‘Ah, eu sou melhor’ E pisar neles todos? Ou ‘Puxa, eu não sou porcaria nenhuma, eles são melhor do que eu’ Não. Então, eu aprendi a viver e a conviver com os meus colegas e isso me ajudou muito. Realmente me deu uma firmeza assim muito grande pra entrar na cooperativa” (U.10)

Para outros usuários existem as dificuldades de convívio com a loucura, com o sofrimento da doença, principalmente para aqueles que entraram no mundo da psiquiatria recentemente e já encontram espaços diferenciados, como a cooperativa, para permanecer.

“Eu tô até com dificuldade de voltar ao tratamento, a terapia ocupacional porque é muito triste (..). não é lugar pra ser humano nenhum. As vezes não é nem o lugar também, as pessoas fazem o lugar, mas é um tal de ficar gente repulsiva” (U.18)

Há problema quando o tratamento intensivo vira rotina para usuário. A saída para outros espaços torna-se restrita. Isto passa a ser uma importante questão, é preciso saber o porquê disso.

“fora daqui eu não tenho muita atividade não. Eu sou daqui pra casa, de casa praqui. Por isso que o trabalho faz falta. Porque quando eu tinha o trabalho eu dava uma passada aqui, daqui eu ia pro trabalho e do trabalho eu ia pra casa ou então passava aqui (..) Eu acho ruim. Acho que deveria ser trabalho, entendeu, eu cheguei aqui trabalhando, depois que eu fui perdendo isso, não sei porque, mas um dia eu vou saber” (U.17)

Para outras pessoas a rotina nos novos dispositivos satisfaz e é uma realização pessoal e não impedimento.

“uma vez por mês, eu tô me sentindo bem (..) aí preenche os meus dias, as minhas horas e eu não tenho mais vontade de fazer mais nada.(..) Porque aí eu ficaria em casa, na cama, na cama, na cama. Quando eu levanto dá vontade de quebrar a cama pra mim não deitar mais, porque é só na cama” (U.14)

A referência do serviço é importante para o usuário não se sentir posto de lado nos momentos de dificuldades. É um apoio que não imobiliza os seus passos para além da psiquiatria. São como “braços de mãe” que recebem a qualquer momento seus “filhos”.

“principalmente com o meu hospital-dia, porque foi a primeira coisa que eu perguntei a eles ‘Eu quero sair pra trabalhar. Mas se eu tiver algum problema eu vou ter que fazer triagem? Ou eu posso voltar no caso pras oficinas imediatamente?’ ‘Não. Tá aberto. Você é daqui. Você tendo qualquer problema você pode voltar’ (U.10)

“você estando bem aí você segue o seu caminho, você vai procurar se encontrar bem, se não encontrar o que vai fazer, né? A crise tá aí mesmo. Agora, o importante disso tudo é que as portas dos hospitais-dias, hospitais psiquiátricos onde existem hospitais-dias, estão sempre com as portas abertas, como uma mãezona, né, você se desiluiu lá fora, não conseguiu o hospital-dia tá com as portas abertas pra te receber, pra você fazer sua terapia, participar da cooperativa, participar da Barraca da Feira Hipe de Ipanema, do Núcleo da Luta Antimanicomial, você escolhe o que você quer fazer e as pessoas dão abertura pra que você faça isso. Também não deixa de ser uma forma de ocupação e de conscientização”. (U.21)

Uma das questões mais importantes para o lugar que esses “usuários” vêm ocupando é perceber quão necessário é o seu tratamento. Este é vivido com positividade, principalmente devido às relações estabelecidas com os profissionais. Alguns afirmam a necessidade do atendimento medicamentoso e psicoterápico, outros já fazem experiências para ver se conseguem ficar sem o tratamento, mas tudo é feito a partir de discussões com os médicos. O diálogo possibilita a experiência e o maior conhecimento sobre sua condição de saúde. As próprias oficinas terapêuticas são apontadas como tendo, às vezes, mais valor do que a medicação, que altera o estado da pessoa e produz efeitos ruins.

O “normal” passa a ser enfrentar a doença a partir do tratamento e não a nega. Esse é um processo de conhecimento dos seus problemas e suas possibilidades e de confiança nos profissionais. Neste processo, tenta desmistificar para si mesmo o estigma criado sobre a loucura.

“atualmente, a qualquer momento eu posso desabar (...) eu acho muito mais seguro pra mim ter o tratamento, tomar o remédio, ter a psicóloga, o acompanhamento e eu levar uma vida normal do que eu querer apenas ser normal, não tomar remédio, não fazer nada e mais tarde quando vem as crises... (...) Se o remédio tá bom, deixa como tá (...) A não ser quando entra em crise, né. Eu não gosto de ficar mexendo em medicação e faço questão de tomar o remédio. Porque eu penso assim: ‘Perai. Alguém nasce diabético? Quase todo mundo não. Chega uma época da vida vira diabético. O que que tem que ter? Uma dieta, uma medicação, muitos até com insulina, e vive-se muitos e muitos anos, então eu acho que a psiquiatria é da mesma forma. A mesma coisa. A pessoa não é cardíaca, virou cardíaca. Ela pode ter uma vida normal e tomando remédio e fazendo tratamento, então, sinceramente, apesar da gente ser mais discriminado, mas eu considero a parte psiquiátrica também assim, pelo menos no meu caso”. (U.10)

### **As vivências da relação técnico-usuário.**

Uma das questões mais comentadas diz respeito a sua relação “paciente”-técnico. Talvez nunca, em qualquer momento da história, os “usuários” se sentissem tão a vontade para falar sobre o encontro que tem se estabelecido com estes. Fazem elogios e críticas sobre a sua postura profissional ou da sua participação na militância política.

Existem aqueles que, apesar de verem como um complemento importante a participação dos técnicos no movimento, junto ao usuário e familiar, ficam na retaguarda e acusam os técnicos de direcionamento de assuntos das reuniões, centralização das discussões que, de



algum modo, põem de lado a participação mais efetiva e decisória do “usuário”. Ou seja, estabelece-se uma visão do técnico que se utiliza da sua influência para conduzir questões, ou ainda do técnico que toma a frente de um processo ou dá a mão para o “paciente” ir junto com ele. Quando, na verdade, o que se quer, por parte de alguns, é justamente poder caminhar sem mãos dadas, com suas próprias pernas, errando, acertando, enfrentando os efeitos das suas próprias decisões. É válido comentar que esta percepção diz respeito mais àqueles que participam dos espaços de discussão política, onde os embates com os técnicos é visível. Ao mesmo tempo que reconhecem a importância da presença destes, acham também que todo cuidado é pouco para que ele não decida pelo segmento de “usuários”, não assumindo o controle de uma situação cujo interesse principal e avaliação já têm dono.

“vamos voltar com a reunião dos usuários (...) eu acho que se o movimento ele é direcionado ao usuário nós também temos que trabalhar sobre isso, nós temos que tomar um pouco a frente disso, porque senão nós vamos acabar sendo engolidos, entendeu, vai ser uma tal de manipulação que, sabe, ninguém vai escapar (...) eu acho que eles atrapalham a nossa caminhada, enquanto nós queremos andar com nossas próprias pernas, se a gente errar a gente cai, levanta, cai, não interessa, a gente tem que andar pelas nossas próprias pernas, isso é o mais importante, isso é o que tá acontecendo eles não tão deixando isso, eles tão tomando frente, tomando soluções em nome do usuário, não pode, entendeu, como é que é a coisa? Você quando quer atingir um objetivo você quer atingir sozinho, porque? Porque você vai aprender com a experiência que vai ter nesse caminho, agora a partir do momento em que vem uma pessoa, vem de mão dada e te ajuda, você não tá indo, você não tá conseguindo aquilo, quem tá conseguindo é a pessoa por você, sabe, e as vezes são coisas que a gente não quer, entendeu, coisas que nós não precisamos, você tá entendendo como é que é a coisa? A gente quer caminhar com as nossas próprias pernas e eles não estão deixando”. (U.1)

“me passaram a informação que tava tendo um Encontro e que esse encontro é a favor da Reforma Psiquiátrica e que era o Movimento da Luta Antimanicomial e aí eu falei assim: ‘É. Não custa nada ver o que que é’. Porque eu já tinha visto alguns chamados pra Seminários (...) aí eu olhava assim: ‘Ih, já tão querendo controlar a gente’. (ri) ‘Tão querendo subsídios pra controlar mais ainda a gente’. (ri) O meu raciocínio era esse assim. Até no movimento mesmo volta e meia pinta essas paranóias assim, aí eu entro em choque com um ou outro, sabe, eu acho que eu tenho uma aversão ao controle”. (U.19)

Já no espaço da assistência, o desenvolvimento de relações de afeto com o técnico demanda que não seja pela via da infantilização, que pode contribuir para imobilizar a força de ação do “usuário” ou justificar a necessidade tutelar. Fica a questão para os profissionais: qual o limite entre o cuidado e o paternalismo?

“Ter uma melhor atenção daquele que tá tratando da gente, entendeu, os psicólogo, terapeuta, psiquiatra, até agora eu, graças a Deus, nessa parte eu não posso dizer nada, todos que chegam perto de mim falam direitinho, me tratam direitinho, até demais, as vezes, porque a gente fica muito mimada, aí já viu, fica querendo fazer arte(...) As vezes mimam, mimam que até prejudica, né. Porque a gente fica toda cheia de dengo, aí quando chega em casa, a gente tá toda cheia de dengo, aí quando alguém vai falar alguma coisa a gente fica logo no cantinho, toda encolidinha, é o meu caso, né, porque tá mau acostumada de ter tão bom tratamento”. (U.14)

“ ‘Tira a mão daí que você vai destruir isso’. (ri) ‘Não chega aqui perto não que agora a gente tá trabalhando’. E isso ainda existe aqui dentro(...) o ambiente, até as árvores, a estética aqui é muito boa, a maioria das pessoas são bem atenciosas, são amorosas, apesar de ser um amor assim tipo, sabe, a galinha

com os pintinhos: ‘Fica aqui, fica aqui. Não sai daqui não. Não sai daqui não. Se sair vai se machucar’. Paternalista. Bem paternalista. Mas é o jeito que eles acham que deve ser, né’. (U.19)

O Movimento da Luta Antimanicomial, na visão de alguns, deve privilegiar o “usuário” em primeiro lugar, justo por ser uma luta pela recomposição da vida deste. No momento em que pode falar, quer garantir que vai ser escutado e ter suas necessidades reconhecidas.

“se não fosse o usuário não existiria a luta antimanicomial, a luta antimanicomial ela tá aí, ela faz tudo em cima do usuário, familiar e técnico ajudam, mas usuário é que é o beneficiado, ele é que tem que ser o beneficiado(...) Em vez deles darem mais crédito, darem mais valor às nossas opiniões eles preferem puxar pela mão e: ‘Vamos comigo’. Não é, não pode ser (...) Eu acho que o usuário tem que se expor, tem que falar sua opinião sim, porque a opinião dele é muito mais importante, sabe, é muito mais importante, porque eu acho que é ele que sofre as coisas, sabe, é ele que é internado, não é o médico, sabe, quem é internado é ele, ele sabe dos problemas que ele passa, entendeu, então ele sabendo os problemas que ele passa ele tenta passar isso nas reuniões”. (U.1)

A fala anterior, de algum modo, não contempla os diferentes interesses que envolvem a participação dos segmentos no movimento. Como veremos na fala seguinte, esta aponta os interesses comuns na luta antimanicomial, sendo que cada segmento – técnico, “usuário” e familiar – tem seus interesses e objetivos próprios.

“Olha, (...) não existe interesses diferentes, tá, tenho que deixar bem claro isso, cada um tá reivindicando os seus princípios (...) Cada um tá brigando pelos seus ideais, tá, por seus objetivos. O usuário tá brigando pelo seu objetivo, os familiares estão reivindicando seu objetivo e os técnicos também tá com um tipo de objetivo, não tá por estar, entendeu, ele tá acrescentando (...) é o seguinte: respeito. Familiar respeita o técnico, mas ele tem que brigar pelo interesse do usuário, mas que tem pensamento, interesse diferente tem. Temos que ser real. Tem interesses diferentes do familiar, o que que o familiar quer, tem interesse diferente o que que o usuário e tem interesse diferente, o que que o técnico quer, entendeu, isso pra mim é transparente e cristalino”. (U.5)

A presença do técnico também é importante porque serve como um mediador das relações entre os próprios “usuários” que não se respeitam e que, muitas vezes, se menosprezam devido ao estigma da loucura. Este discurso aparece com mais frequência na cooperativa, porém também aparece na militância do Núcleo Estadual. A presença do técnico como coordenador e figura central para organização do trabalho predomina. Resgata-se, assim, a figura do técnico com uso da autoridade, conciliador.

“o usuário tenderia a um querer passar por cima do outro, um discutir com o outro ou um se dar bem e o outro querer alguma coisa, então o usuário é complicado, infelizmente essa é que é a verdade, ele precisa de um técnico pra ser uma autoridade em que ele possa confiar”. (U.2)

“Eu acho que técnico é muito importante. É porque o paciente respeita mais, né, eu acho que porque se fizer um núcleo de trabalho só com os paciente aí vamos se dizer, aí pode se tornar um movimento dos sem terra, né, ninguém quer opinião, é eles e eles mesmo e já com os técnicos é mais diferente, precisa de algum apoio. Porque a gente tem que entender é que dependemos deles, né, porque são eles que até a esse momento, embora seja muito difícil, mas tem compreensão, porque não deixa também sacrificar tanto a gente. Porque poderia ser pior. Hoje em dia a psiquiatria eu acho bem melhor do que antigamente. Antigamente era muito cruel (...)”. (U.8)

“os técnicos que são mais inseridos na luta, mais experiente, que sabe as coisas mais do que eu. Posso receber uma tarefa de responsabilidade e cumprir, mas não me sinto responsável pelo núcleo” (U.9)

“eu acho que o técnico ali não é só pra resolver não, é que ele impõe um pouquinho mais de respeito, porque muita gente não tem respeito, tá entendendo, então olha o colega e diz: ‘Ah, se dane’. Tá entendendo. Eu to falando e o outro tá lá fazendo mal criação. Já um técnico, além de eu achar que o funcionamento funciona melhor também por uma razão, porque eles entendem mais de certas coisas do que nós, eles tiveram mais instrução. O psicólogo, por exemplo, quando você tem um problema, você apenas não se afasta, ele vem até você, mesmo você tendo o seu psicólogo: ‘O que que tá havendo? Vamos tentar resolver.’ Isso você acha que eu, como paciente, um outro, eu ia conseguir resolver isso com um outro? Não ia. Eu não tenho esse grau de instrução por mais boa vontade que eu tivesse”. (U.10)

“Deixar na mão de doentes [a cooperativa]? Nós somos doentes. Nós tomamos remédio. Todos nós ali. Cada um tem um problema. Soltar na mão da gente não dá certo não”. (U.11)

Há também o meio termo destas visões, nem tanto contra o técnico e nem tanto a favor dele – como uma pessoa que depende deste acriticamente - mas justamente porque um necessita do outro, se complementam.

“Faz parte todos eles: os usuários, os técnicos e os familiares. Eu acho que um não vive sem o outro, a corda e a caçamba, né, como é que você vai tirar? Tira a corda e joga a caçamba, a caçamba vai ficar lá boiando e vai afundar, se você joga a caçamba fora e joga a corda você vai molhar a corda, se quiser pode até beber uma gotinha ali, vai puxar a corda, bebe uma gotinha, joga a corda de novo, tem que ter a caçamba pra pegar a água”. (n) (U.19)

A Cooperativa e o Núcleo Estadual são espaços distintos, mas em ambos existe, de algum modo, a conquista de um mínimo de poder e reconhecimento do usuário perante o grupo, seja na situação da produção (quem faz melhor, mais rápido, é mais cuidadoso, etc.), seja na questão da discussão política (quem fala melhor, quem fala com profundidade, quem é objetivo e prático, quem dá opiniões mais importantes etc.). São espaços de poder-saber novos nestes grupos, que se constroem de acordo com possibilidades e interesses de cada um, conduzindo ao crescimento do grupo diante dos impasses.

Há também a visão do técnico como integrador do usuário na sociedade. Aquele que transforma a relação de poder-saber em amizade, estreitamento de laços afetivos. São os colaboradores, facilitadores, possuem firmeza nas decisões e liderança.

O papel de técnico e de “usuário”, para alguns, está muito bem definido. Quem tem um título acadêmico sabe mais, pode liderar, assim como aquele que, apesar de não ter uma formação superior, mostra-se bem articulado na sua fala e crítico, também é visto como modelo a ser seguido. Esta é uma visão que pode despotencializar o “usuário” na sua ação política, pois fica à mercê das ordens dos líderes sem questioná-los. Contudo, no caso especial deste entrevistado, participar deste espaço é para ele “mais um degrau que subi”(U.9), realiza-

se como coadjuvante de um lugar que não sonhava frequentar. É desta forma que pode contribuir com o movimento.

“Do meu ponto de vista eu sou controlado. Na minha visão não posso ultrapassar os profissionais. Tem que acatar as ordens deliberativas (...) Posso receber uma tarefa de responsabilidade e cumprir, mas não me sinto responsável pelo núcleo”. (U.9)

O lugar do técnico em saúde mental também é importante porque é preparado para lidar com a especificidade do campo. É a necessidade do espaço do especialista, não controlador, mas companheiro e administrador dos novos espaços. Acontece que, muitas vezes, este “novo” é construído como novidade também para o técnico. É um espaço em construção tanto para ele como para o usuário.

Há também uma crítica importante às normas de participação em oficinas terapêuticas nas instituições, onde quem sempre avalia o tipo de oficina que deve ser realizada pelo “paciente” é o profissional. Exercendo, de algum modo, as normas institucionais, o profissional acaba caindo em certo autoritarismo “organizativo” que o impede, por vezes, de ouvir qual a demanda, necessidade e interesse do “usuário” por determinada atividade e participação.

“o psicólogo que tava me atendendo na época (...) achava que eu devia fazer a natação, nisso me indicaram pra eu fazer uma entrevista no Hospital-dia, ai eu fiz a entrevista , ai (...) : ‘Não, aqui não é assim que funciona não, assim não pode’. (...) ‘Isso não pode. Você vai escolher a oficina que você quer? Não. Você tem que fazer a sua entrevista e tal ai nós vamos ver o que que é melhor pra você, a sua adaptação e tal’. ‘Tá legal’. Acabou que eu comecei a fazer uma porção de coisas e menos a natação (ri). Foi até muito engraçado. Ai eu comecei a participar das oficinas livres, a do jardim, que não era não livre assim e as outras oficinas livres de jornal, pintura livre (...) As fechadas só depois de um ano participando nas oficinas livres é que começaram a abrir assim pra que eu participasse das fechadas. Tinha uns critérios lá que eu não entendo (...)”. (U.19)

Percebemos, então, que a relação com o técnico é necessária, por exemplo, podendo ser o “braço paralítico” do “usuário”, segundo uma militante, mas há também os conflitos, passíveis de críticas.

“(...) Da nossa Reforma Psiquiátrica eu acho que se avançar o trabalho conforme tá sendo do nosso interesse junto aos profissionais, os usuários parar de se discriminar mais e parar de ficar vendo o lado errado e se juntar junto os técnico que são o nosso outro braço. O técnico é nosso outro braço. Nós temos dois braço, mas um não funciona, o outro é igual a um paralítico, porque nós somos doentes, se nós não tivéssemos doente, se eu não dependesse de tomar o que tem aqui dentro [remédios dentro da bolsa] eu jamais eu procurava técnico. (...) A única coisa que eu tenho é o amor que eu tenho, sabe, a dignidade dos profissionais, dos técnico, aqueles que não tem essa dignidade eu renego porque eu acho eles mais pobre do que eu. Acho eles tão pobre, que olha pra gente, trabalha e estuda somente pra dizer que estudou. Profissional tem que saber ser profissional. (...)”. (U.13)

“tentamos (...) reunião de usuários, né, em seguida a reunião geral, não vingou, porque tem aquela coisa do usuário, a maioria dos usuários falam assim: ‘Mas quem vai estar no grupo’? Ele não pergunta (...)”

quais os usuários que estarão no grupo, eles querem saber quais os técnicos que vão estar no grupo, sabe, ou se vai haver técnico no grupo, eles começam a ver o usuário tomando frente, não sei o que das quantas, o usuário começa a desanimar, começa a não levar a sério aquele trabalho, entendeu, tipo assim: 'Fulano é doido que nem eu. Ele tá fazendo uma de quê aí? De sabidão? Tá querendo poder, não sei o que das quantas. E com isso o grupo começa a enfraquecer. O técnico não só dá o limite ao grupo, o técnico, onde a gente tem tendência a se perder, né, começa um assunto e vai pra outro, não tem nada a ver com o que foi proposto, o técnico tem a percepção de ver isso, de chamar o grupo de volta (...) importante a presença do técnico. Eu acho que não dá pra excluir desse núcleo, né, que vem a ser o movimento da luta antimanicomial, essa reforma psiquiátrica, embora com pessoas em cima do muro, embora com falsidades, com fingimentos, pessoas com duplas personalidades, duplos pensamentos, sabe, eu acho que tem agente tem que contar com o técnico sim. Infelizmente ou felizmente, eu não sei ao certo ainda, só o tempo dirá, a gente ainda precisa do técnico sim'. (U.17)

### 3.3 - A inserção social e a cidadania.

#### O Sentimento de Exclusão e a Vivência do Preconceito.

Existem críticas aos usuários que se satisfazem em participar apenas dos espaços da saúde mental, onde sabem que são aceitos. Para um usuário, isto significa uma certa restrição no viver, que o impele a não interagir em outros espaços da sociedade. Ou seja, o mais importante seria viver ampliando suas possibilidades de convívio, procurando lutar contra o preconceito existente.

“a partir do momento que eu me conscientizei da doença, que eu vi que realmente eu tinha uma doença, porque antes eu negava isso (...) eu não fiquei apático em casa, porque a pior coisa de um usuário é você ficar apático em casa, viver na inércia, sabe, isso sim cria problemas mentais demais, desequilibra a cabeça (...) Uma coisa que eu acho errado, por exemplo, é o usuário viver dentro de um mundinho só, restrito, (...) o mundo é tão grande, sabe, a gente pode viver tanta coisa diferente (...) eu gostaria muito que os usuários se conscientizassem, entendeu, que o nosso mundo é bem maior do que o mundo que ele está vendo (...) Pra você se relacionar com a sociedade você tem que tá no meio dela, você não pode fugir dela (...) o usuário acha que ali ele se sente o verdadeiro (...) ele se acha totalmente a vontade, porque ali não tem discriminação, não tem preconceito, não tem nada, entendeu, então ele fica a vontade ali, agora se ele for, começar a conviver mais com a sociedade o pessoal vai começar a olhar de rabo de olho: 'Ih, aquele cara é doente'. Aí ele vai se sentir discriminado, sabe, e isso não pode acontecer, porque a sociedade não tá ainda muito bem preparada pra aceitar isso, entendeu, mas eu acho que se os usuários começarem a tentar abrir um pouco mais a mente, sabe, ver esse mundo que tá aí fora, entendeu, assim, que eles não se importassem muito com o preconceito, entendeu, e sim a viver, se preocupasse mais a viver uma vida mais ampla, né, mais diversificada em termos de programação, de socialização, né, então, eu acho que esses usuários são muito assim, têm uma visão muito fechada”. (U.1)

O convívio dos usuários com as pessoas nem sempre é percebido como exclusão, mas sim como rejeição, que é expressa no dia-a-dia através da ironia, falta de respeito, intolerância. Talvez possamos falar da concretização de uma inserção que desqualifica o sujeito. Deve-se lutar contra isso, ou seja, negar um tipo de projeto insertivo que o considere coitado ou vítima.

“Teve uma época que eu tive doente e que eu me senti assim, mas também não era assim um tipo de exclusão, era mais assim tipo, assim que eu sai de uma internação a vizinhança começou: 'Oh maluco, oh, maluco'. Alguns colega. Aí eu cheguei: 'Po, não é bem assim, se vê que quanto grau, o conceito de maluco assim, né, de vocês? Todo mundo aqui acho que é maluco por alguma coisa, né'. Eu acho que eu

consegui trabalhar isso (...) hoje as pessoas que antes falavam isso de mim, essas pessoas nem tocam no assunto, conversam comigo normalmente (...) é uma coisa de rótulo, se você se deixar, você também contribui pra exclusão (...) Quando você tá dentro da sociedade você não se sente excluído, agora que a sociedade as vezes é perversa, te aplica um golpe, te aplica. Mas não é por isso que você vai ficar desanimado e vai se trancar dentro de casa, (...) podemos brigar pra mudar um pouquinho isso. A própria família também contribui pra te excluir, (...) Não vai passar a mão no meu cabelo: 'Ah Coitadinho'. Coitadinho não. Porque eu não sou coitadinho, acho que nem um deficiente físico, uma pessoa cega a gente chama de coitadinho: 'Olha lá o coitadinho e tal'. Quando você também fala coitadinho você tá dando uma imagem pra pessoa de piedade, então, vamos ter piedade de alguém isso também é exclusão, auto piedade também é uma exclusão". (U.5)

"eu me senti assim rejeitado, entendeu, por amigos meus, sabe, pelo próprio preconceito, então, inclusive uns riam, sabe, eles zoavam assim, mas excluído, excluído, excluído não". (U.1)

"Depois que eu fiquei doente eu sofri muito. Eu acho que as pessoas deixaram de me aceitar depois que eu fiquei doente. As pessoas deixaram de me aceitar. Foi como se eu tivesse me transformado num lixo (...) As pessoas que eu sempre cumprimentei na rua, sempre conversei, eu me aproximava, ela se afastava. Eu ia cumprimentar uma pessoa e a pessoa não me cumprimentava, virava a cara". (U.23)

Nesta fala, aparece a ânsia pela saúde como uma forma de não-dependência dos outros, de ser "coitadinha", uma "necessitada". Mesmo no movimento de luta sente-se prisioneira da falta de perspectiva de qualidade de vida que envolve as pessoas, sofrendo o preconceito, inclusive dentro da área da saúde.

"Acredito que se eu fosse uma pessoa que eu tivesse a minha saúde, eu tenho certeza absoluta, eu preferia, acharia muito melhor eu ir procurar um emprego, seja ele qual fosse que eu fosse digna do que procurar doutora pra me dar essa solução. No momento que eu procuro doutora para me dar uma força, um apoio, uma assistência social o qual eu preciso da doutora é porque eu não tenho condições de arrumar um emprego que eu agüente 24 hs, ou 8 ou 12 hora. Não é porque eu queira me fazer uma coitadinha pra doutora, uma pobrezinha, que ela é mole, e isso e aquilo outro, e boazinha, não (...) eu já sou uma pessoa, não sou rebelde, eu sou é revoltada (...) com a minha saúde. (...) Não me conformo com a falta da saúde e porque hoje a gente ainda tem na nossa área várias pessoas da próprias saúde mental, vários técnicos, profissionais que nos discriminam mesmo. Nos discriminam". (U.13)

Outro usuário ratifica a necessidade de provar que é igual a qualquer pessoa, isto ocorrendo através do combate ao preconceito.

"a maior conquista seria isso, quebrar o preconceito, a discriminação e mostrar pra sociedade que nós somos iguais a vocês, que nós podemos, nós conseguimos" (...) aprendo coisas, eu faço curso (...) eu posso, que eu sou igual a você, entendeu, que eu sou igual a ele, que eu sou igual ao outro (...) só porque eu tenho um probleminha mental, vou ter que me recuar, me fechar? Não. Eu tenho que mostrar pra vocês e pra mim, principalmente, que eu posso, que eu consigo, que faço, que eu tenho dom". (U.1)

Alguns usuários declaram que evitam o preconceito gerado pela doença mental ao não comentarem sobre ela, outros entendem a questão da exclusão e do preconceito como algo do campo maior da sociedade, afetando vários grupos sociais, em relação à questão de gênero, raça, classe. O desenvolvimento de uma consciência sobre sua condição torna-se necessário para sua defesa pela via da ação política.

“Em relação ao meu tratamento eu tenho que esconder, né, que eu faço tratamento psiquiátrico (...) O outro eu já nem conto muito que é o preconceito racial, as pessoas: “Aceito. É negro. Vamos abraçar o negro, aquele negro que tem alma branca”. Gente, a partir do momento que falou que o negro tem alma branca já estão discriminando. Porque não fala assim: ‘Aquele branco de alma branca’? Ai tenho que me defender, né, ai falei assim: ‘Obrigado, sou um negro de alma branca, mas você não passa de um branco de passado negro (...) se você tem a consciência negra isso vai te dar mais segurança (...) É muita coisa, oh, negra, mulher, doente psiquiátrica, é muita coisa”. (U.17)

“Excluída por ser negra, excluída por ser mulher, excluída por ser pobre, por morar numa favela, entendeu, excluída por ter um problema mental, enfim, né, isso não acontece só comigo, acontece com muitas outras pessoas (...) essa coisa de exclusão isso existe em todos os lugares, toda parte do mundo, a gente tenta superar, né, se a gente é excluído por ser pobre, por ser negra, por ser doente mental, a gente não dá bola, eu não dou bola pra isso e continuo buscando um caminho”. (U.21)

Esconder sua condição de saúde e as atividades terapêuticas realizadas é uma forma de evitar o preconceito das pessoas que não são do meio da saúde mental.

“Eu mantendo o meu anonimato da minha condição (ri) nos lugares que fora esse círculo de amizade, né, é os lugares que eu digo, eu digo: ‘Eu vou lá’. (na Universidade) ‘O que que você vai fazer lá?’ ‘Eu trabalho lá’. ‘o que você tá fazendo?’ ‘Eu faço um curso de dança’ (...) eu trabalho, faço curso na UFRJ, não do muita, por que se não, sem eu falar nada disso o pessoal já diz que eu sou maluco”. (U.19)

O cotidiano com o preconceito é vivido como indignação, como no relato deste entrevistado.

“outro dia eu entrei no ônibus com o cartão pra vim pro hospital, ai eu peguei o ônibus pela frente e pedi pro motorista uma carona pra me levar até o Pinel, quando eu me sentei no banco a pessoa que tava do meu lado se levantou e se sentou em outro banco. A pessoa simplesmente teve nojo, medo, repulsa, ela saiu de perto de mim e foi sentar em outro lugar”. (U.2)

Nas entrevistas com “usuários” sem longa história de internação e que já participam de uma assistência modificada, a vivência de exclusão não parece uma questão que faça parte da sua vida. Em outros casos, principalmente com aqueles que possuem história antiga de internação, o desrespeito e a violência contra o ser humano, quando tratado como “lixo”, vira símbolo de exclusão. É esta desqualificação que hoje também o move na sua luta: o repúdio a à situação de ser trancafiado para não ser visto e de ser boicotado nos seus feitos. Estabelece-se uma negação da medicina que, no lugar da justiça, *julga e pune* seu paciente.

“O tempo todo nesse... Eu senti muito mais também quando tava no quarto forte. Porque você grita, grita, eu passava dias gritando no quarto forte, e você grita, você fica patinando em fezes e gritando, né, e ninguém te atende, só jogam o prato por debaixo da porta, era uma solitária, quer dizer, que direito tem a medicina de fazer as vezes de justiça e de... Quer dizer, isso ai é um crime (...) eu to colocando isso até como um símbolo da exclusão”. (U.15)

## A Vivência da inserção social.

Obter algum tipo de inserção na sociedade é adquirir o respeito e aceitabilidade das pessoas com quem se convive, sem preconceitos. E, acima de tudo, a conquista do respeito e da confiança em si mesmo. Porém, nesta fala, o respeito dos outros ocorre justamente porque o entrevistado não se parece com um usuário de saúde mental. Perguntamos: e se parecesse?

“quem não me conhece a fundo não sabe que eu sou usuário, então isso faz com que a sociedade me aceite mais abertamente, entendeu, mais seriamente, me respeita mais, eu acho que a questão do respeito é importante (...) e mesmo as pessoas que me conhecem não acreditam que eu seja (...) Eu sou incluído na sociedade? Sou e eles me respeitam. Então a questão da cidadania é por aí, é o respeito a si próprio, é você batalhar pelos seus direitos, você ter direito a tudo que uma pessoa sociável tem, mas eu me considero sim um cidadão, uma pessoa da sociedade”. (U.1)

“Me sinto completamente inserida. Se eu não contar onde eu estou e que eu tenho problemas ninguém, graças a Deus.”. (U.16)

Poder inserir-se é construir relações afetivas, certa rotina de vida, ocupar espaços na cidade.

“É uma pessoa que tem seu grupo de amigos, é uma pessoa que sai no sábado, que sai no domingo, é uma pessoa que passeia, que namora, uma pessoa que trabalha, uma pessoa que tem a sua importância, né, tem o seu espaço que ela mesma conquistou”. (U.2)

Inserir-se é também apreender a função de agente formador e interventor, assumindo a responsabilidade pela execução de novos projetos para os demais “usuários”. Neste caso, a referência com os técnicos com os quais têm proximidade e admiram é clara, já que há a possibilidade de agir como os “mentores intelectuais”.

“Tô conquistando meu espaço (...) minha família, graças a Deus, já é outra pra mim, eu conquistei, oh, eu fiz isso pra conquistar, suei a camisa pra conquistar a família, e mais os técnicos (...) esse pessoal todo eu vejo neles um amigo, companheiro, (...) os meus mentores intelectuais, eu to me espelhando neles, eu também quero ser um mentor intelectual, quero passar a minha vivência pra muita gente, para ver se reintegro na sociedade, se eu consigo ressocializar esse pessoal pra voltar pra sociedade, melhor a gente pegar essas pessoas, os usuários, pegar essas pessoas assim, oh, fazer a cabeça deles e vamos botar pra trabalhar”. (U.6)

O trabalho aparece como grande integração e reconhecimento no meio social.

“Eles observam: ‘Ah. Tá trabalhando’. Ai já acha, te inclui na sociedade. Não importa que seja no Pínel, que seja numa cooperativa não. O importante é tá trabalhando (...) Me sinto inserida na sociedade. Porque eu tenho um trabalho, uma ocupação”. (U.11)

A abertura para as possibilidades oferecidas no mundo e as novas experiências é um aprendizado permanente.



“eu sou um usuário que não fica só no mundinho da saúde mental, ali, a minha visão é mais aberta, eu vejo mais outras coisas, porque não existe só uma coisa no mundo, existe n coisas (...) eu me interesse por n coisas, sabe, eu me interesse por teatro, eu me interesse por computação, eu me interesse por planta, eu me interesse por animal, entendeu, por medicina (...) eu gosto de buscar outras coisas que me interessam, que é cultura (...) quanto mais tem cultura mais tem assunto pra conversar, entendeu, pra debater, pra discutir (...) Eu acho que a vida é importante, se você não vive você não evolui, não aprende (...) eu não to trabalhando eu tenho que fazer uma coisa que preencha esse espaço, esse vazio, então a coisa mais importante pra mim é viver mesmo, sabe, e viver uma vida tranqüila, sabe, sem surtos, sem problemas, né, trabalhar, ter meu dinheirinho, ter minha casa, só isso”. (U.1)

Contra a prisão das idéias, dos hábitos e preconceitos, tenta-se viver a liberdade como uma borboleta alçando vôo, numa luta incessante por direitos e reconhecimento na sociedade.

“Então eu acharia que através de eu fazer esse trabalho de bailarina e teatro, da bailarina eu passaria pro teatro (...) Eu achava bonito. Eu achava como uma borboleta voando. A vida. (...) Ah, o viver, uma coisa importante, sem viver essa democracia, essa discriminação(...) eu sempre detestei esse negócio das pessoas querer me prender, sabe? Aquele negócio assim, me obrigar a fazer uma coisa. (...) Porque eu já tive muito sofrimento e a liberdade pra mim é a minha vida. Pode ser a qualquer hora. Eu quero saber é que eu tenho a minha liberdade. Que eu não vou ter de viver minha vida inteira com essa palavra ordem. Cumprir com os direito, direito seu de uma técnica, o direito de um trabalhador que sejam pobre que não tenham condições financeira igual a eu, esses direito, cumprir com o direito e o respeito com as pessoas (...) A minha vida tem sido um inferno. Não vou te dizer que tem sido um mar de rosa. Não to te dizendo isso pra você ter pena de mim e nem ‘coitadinha’ e peninha não. É a realidade.”. (U.13)

As atividades da militância política são um incentivo para o aprendizado, a produção de encontros e de conhecimento.

“o que melhorou mais um pouco que fez eu suportar mais esse sufoco meu de cada coisa foi essas viagens, essas palestra, conhecer várias pessoas e o trabalho científico, porque o trabalho científico é uma coisa muito importante pra nós usuários”. (U.13)

Uma forma de se perceber positivamente no meio social é colocando-se como importante personagem de um momento da história, apesar da vivência de exclusão e marginalização. Esta vivência produziu marcas profundas na sua compreensão sobre as possibilidades de vida. Hoje precisa resgatar o que foi perdido, mas com dificuldades explícitas de reconquista. O sentimento é o de que não é marginal, pois é isso que sente no contexto atual de valorização do “usuário”, mas também não consegue sentir-se integrada a sociedade pela falta de oportunidades e preconceitos persistentes.

“Eu faço parte da história da sociedade (...) Eu sou o ser marginal. A psiquiatria me marginalizou muito cedo, me discriminou, me afastou e eu to tentando conseguir esse caminho de volta e isso eu conseguiria resgatar através do trabalho e a falta de trabalho me faz ver isso cada vez mais longe, talvez por isso eu não tenha tanto interesse pela cooperativa, entendeu? (silêncio) Não quero andar com marginal, não ando com marginal, mas eu também não faço parte dessa sociedade ai, porque não me aceitam, ficam me olhando meio torto, qualquer coisa que eu faço”(U.17)

A militância visa a “curar a ferida” de uma parte doente, quando se fala do problema da violência psiquiátrica. Concretiza-se o retorno à vida em oposição à morte social e subjetiva declarada. Este retorno se dá pela lembrança, pela palavra, pela denúncia, pela indignação que desfaz a ligação da loucura com a noção de perigoso, incapaz, inferior, tornando-se o sujeito do diálogo.

“Eu me lembro que eu me metia e falava da situação dos usuários e isso causava estranheza pras pessoas (...) Porque esse tema era um tema tabu (...) era proibido falar socialmente, a sociedade não discutia, a cultura não absorvia esse tema, então era difícil pra nós porque também a gente tinha que escolher, né, ou a gente discutia esse tema ou a gente ia ficar com uma parte da gente sempre doente, ou seja, a gente ia ficar sempre com espaços mórbidos dentro da gente, com entidades mórbidas dentro da gente. A gente nunca ia preencher de vida essa experiência com a morte (...) A experiência é uma experiência de prisão, é uma experiência de violência física, de violência psicológica, quer dizer, todo tipo de violência sem que a gente possa falar, quer dizer, a palavra do usuário de saúde mental ela nunca existiu (...) a gente teria que ter uma luta política, uma luta ética, uma luta em que a gente pudesse mostrar que a gente era digno politicamente, que a gente não era essa pessoa perigosa (...) essa pessoa incapaz, essa pessoa inferior, que nós éramos capazes de ter um diálogo e buscávamos esse diálogo, um diálogo humano, um diálogo criativo com a sociedade (...) parece que agora tá havendo um reconhecimento, tá havendo uma mudança de status com relação ao usuário de saúde mental, que antes ele era só visto como bode expiatório (...) eu me sinto muito mais inserido, integrado, porque eu fui agente de uma causa, que essa causa ela não existia, eu fui pioneiro na luta por essa causa”. (U.15)

A existência de grandes obstáculos na inserção de “usuários” demonstra que, atualmente, muitos são os direitos a serem conquistados para essa parcela da população. Eles não estão dados.

“o doente mental só é doente mental na hora que interessa, na hora que ele vai ganhar uma pensão aí a pensão demora pra sair, na hora que ele vai pegar um ônibus de graça o motorista não vai deixar ele entrar, entendeu, na hora que ele vai reclamar alguma coisa que ele tem direito: ‘Ah, você é maluco, cara’. As pessoas tendem a só deixar você se danar, as coisas boas são difíceis de conseguir, é uma filosofia que tem na sociedade que é uma coisa que precisa mudar muito (...) algumas pessoas chegavam dizendo que se não fosse os obstáculos a vida da gente não faria sentido, po, eu só quero que essas pessoas se danem mesmo porque se na minha vida não tivesse obstáculo nenhum eu acho que eu seria muito mais feliz do que eu sou”. (U.2)

A desmotivação frente ao trabalho, seja decorrente do problema psiquiátrico, seja da não receptividade do mercado para novos trabalhadores, seja, até mesmo, da acomodação de “usuários” que recebem benefício, pode arrefecer iniciativas de inserção.

“Olha eu to pensando seriamente em botar a vassoura pra frente, né, porque pra produzir eu vou produzir. To pensando seriamente pra pegar ânimo pra ir, agora não é igual era, né, porque eu tentei trabalhar um mês em seguida, assim direto e trabalhei duas semanas e depois enjoei, não consegui, e eu achava que os paciente era mole, que não queria nada com o serviço e eu passei por isso, eu vi que tem realmente um pouco de desmotivação (...) Agora eu vou lutar pra mim vencer essa barreira (...) eu não quero é ficar estacionado porque o problema também das pessoas é que acostuma com aquela vida de não fazer nada e ganhar aquele dinheiro, saber que todo mês tem aquele dinheiro e não quer mais nada”. (U.8)

Para os entrevistados os novos serviços aparecem como refúgio, pois são lugares que lhes dão credibilidade para trabalhar e produzir de acordo com suas possibilidades. Já a sociedade continua cada vez mais restrita à participação de certos grupos sociais. Logo, a luta maior ainda é a de criação de oportunidades fora do hospital, através das políticas públicas de incentivo e de alianças com setores amplos da sociedade.

“eu não agüento mais uma carga horária de trabalho de 8, 9 horas, entendeu, eu tenho um limite pra mim trabalhar. Eu sou muito livre. Eu descobri isso nesse periodo de tratamento. Eu não posso ficar muito presa (...) A sociedade não oferece, como lá no exterior, né, trabalhos meio expediente (...) enfim, e participo das coisas que eu acho que convêm nesse momento da minha vida, dentro da instituição participar, mas eu gostaria de que fosse transitório pra todos os nossos companheiros, entendeu, porque o hospital psiquiátrico é muito bom, mas a partir do momento em que você não precisa mais dele você bate de frente quando você quer se inserir na sociedade por causa do egoísmo que a sociedade impõe, entendeu, então você bate de frente, porque nem todo mundo, eu por exemplo vim de uma família muito pobre, entendeu, a gente lutou pra estudar, nós lutamos, talvez tenha sido até essa a causa da minha doença, essa vontade de vencer, de ser pobre, de estudar, de trabalhar, de ter um lugar ao sol, entendeu (...) Eu sempre precisei trabalhar pra ganhar dinheiro pra ajudar minha família. E pra me sustentar. Eu não tenho quem me sustente. Então, o meu gancho nos encontros (do movimento da luta antimanicomial) enfim, né, que aconteceram e que eu participei, a minha meta sempre foi a questão do trabalho. Como que o usuário poderia mesmo tendo um sofrimento mental, como que o usuário poderia ser inserido no trabalho”? (U.21)

A escuta da história de um “sobrevivente” de uma “instituição da violência” mobiliza as pessoas quanto à força de superação de problemas na luta por sua inserção social.

“Ninguém acredita, ninguém investe em você quando você tá doente. As pessoas acham sempre que você vai ficar, vai ser sempre doente, doente sempre. Então as pessoas não acreditam que você possa se recuperar. Ai não investem em você. Quer dizer, eu tive que fazer um esforço sozinho, assim de estudar (...) E agora depois que eu comecei a me reintegrar de fato, individualmente e socialmente, ai eu vi que as pessoas não tinham pena, elas tinham orgulho de mim. E eu vi isso também no grande público, quando eu comecei a fazer programas de televisão porque eu tinha lançado livro, tinha participado do livro, ai eu vi que o público, todo mundo, quer dizer, as pessoas acabavam fazendo de você um icone, assim com relação a essa trajetória de hospital psiquiátrico pra reintegração psicológica e social, pra sua reinserção social”. (U.15)

A inserção na sociedade por via dos grupos, por vezes, não é uma tarefa fácil para alguns entrevistados. Porém, todos os esforços são realizados para que seja possível o convívio.

“Eu sempre fui um cara anti-sociável, né, eu sou muito difícil de lidar (...) Eu vou tentar me polir um pouquinho pra conseguir polir algumas arestas, como uma lenda ai de uns porcos espinhos que tavam com muito frio e tentaram se encostar uns nos outros, só que os espinhos machucaram e mataram alguns, então eles tiveram que se afastar, mas se eles se afastavam eles ficavam com frio, então eles tiveram o cuidado de chegar o mais próximo possível sem ferir um ao outro e conseguindo se aquecer um pouquinho, né, então eles conseguiram o meio termo, eu acho essa fábula realmente interessante”. (U.2)

“Eu tinha muito medo de grupos. Eu tomo isso, os grupos como desafio, entendeu. Quero me relacionar bem com grupos (...)Eu acho que estar em grupo é ser respeitado, aprender a respeitar, a ser gostado e aprender a gostar.”. (U.23)

Apesar das dificuldades de convívio em coletivo, situação exigida em várias situações para consolidar um modo de participação no social, aprende-se nestes espaços a lidar com as diversidades e a respeitar a decisão da maioria.

“em qualquer reunião todos nós temos que ter poder de decisão, mas tem que sempre respeitar a decisão da maioria, entendeu, não é que você vai impor, você vai externar o seu pensamento, você pode até vencer, perder na sua argumentação, mas não existe negócio de você decidir. Eu tô contribuindo, agora decidir só se for pela maioria”. (U.5)

### **Construindo a cidadania.**

Em grande parte das entrevistas, a cidadania não aparece como uma questão vinculada ao exercício político. A idéia de política em alguns casos é entendida como algo negativo, voltado para interesses de pessoas e grupos específicos da sociedade que exercem o poder público. Contudo, todos se consideram cidadãos, no sentido em que possuem conquistas cotidianas na família, nas ruas, na sua comunidade, dentro dos seus serviços, na busca de reconhecimento pelo seu trabalho, na defesa de seus pensamentos e idéias, na participação que busca transformar sua vida e conseqüentemente a sociedade. Esta tarefa maior de mudar a sociedade é melhor percebida por aqueles que se declaram na luta “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”.

A cidadania pressupõe que existem direitos a serem conquistados e deveres a serem cumpridos. Observamos que, para alguns, a cidadania não combina com a loucura; assim, o maior ganho é quando não é reconhecido como louco. Mas esta não é uma visão de todos, pois há aqueles que entendem que a sociedade deve saber lidar com a loucura sem discriminá-la.

“Cidadania é você ser uma pessoa da sociedade, sabe, pessoa como as outras, é você ter direito a um tratamento bom, ter direito a remédio de graça, entendeu, ter direito a freqüentar os lugares que a sociedade freqüenta sem ser preconceituado, discriminado”. (U.1)

“A cidadania. O espaço, né. Ser reconhecido como uma pessoa capacitada, uma pessoa lúcida, uma pessoa competente, é isso que eu penso”. (U.6)

“É deixar de ser maluco”. (U.8)

“Eu acho que é voltar pro seio da sociedade. É a sociedade aceitar a gente, entendeu. Sem preconceito”. (U.23)

“Cidadania é a pessoa tratar a pessoa bem e saber se tratar né, dentro de casa com os familiares”. (U.22)

A cidadania é poder acreditar que, na luta política e cultural, é possível ressignificar o sentido da história de violência.

“Cidadania é poder lutar pelos meus direitos, direitos humanos, direitos civis (...) Eu perdi esses direitos (...) eu sinto que as pessoas, que eu tenho esse estigma, né, de ter sido internado (...) mas por outro lado eu posso lidar saudavelmente com isso, porque eu sou um lutador, eu sou uma pessoa que eu posso lutar pelos meus direitos, então eu sou um cidadão”. (U.15)

Deve-se respeitar as diferenças entre as pessoas, sem, necessariamente, ter que protegê-las das dificuldades do mundo. O mais importante é saber com que condição de vida pode-se contar.

“o dia que as pessoas conseguirem conviver com essa diferença, respeitarem (...) darem a um cidadão que não tem como se defender uma trégua da luta que é nessa selva (...) Eu acho que sem protecionismo você vai criar uma situação boa, favorável pra que essa pessoa se desenvolva, entendeu, ela vai ser tratada de um jeito especial, ela vai se sentir bem (...) colocar ela num ambiente onde ela possa viver, onde ela possa produzir”. (U.2)

Condição de vida em que se inclui o acesso a direitos. É o direito de ir e vir, de se expressar, de ser ouvido, de ter opinião, de decidir, de não depender de médico, família, apenas de se contatar com as pessoas. É a coragem de falar de si, de lutar pela saúde.

“A conquista mais importante é poder falar, né, poder falar pra todo mundo o que tá sendo isso, o que representa essa mudança, né. Essa mudança no tratamento, formas alternativas, serviços substitutivos que são mais humanos. (...) claro que quando você tá num momento assim difícil, as coisas são mais ríspidas, as pessoas tratam você com mais rispidez, né, querem colocar as coisas nos eixos. Mas, a conquista maior foi o usuário poder falar, o usuário ter poder de voz, se expressar, por exemplo, como eu to podendo fazer a entrevista com você. Antigamente eu não me lembro, não me lembro de jeito nenhum de alguém que pudesse entrar [no hospital], fazer uma entrevista com um usuário, o usuário tivesse a oportunidade de falar alguma coisa. A única pessoa que conversava com você era o médico e a psicóloga”. (U.3)

A vivência da cidadania, atualmente, se dá não como sonho, mas como realidade. Após um sono longo, a claridade da vida.

“eu levei vinte anos doente, é como se fosse aquele cara da novela (...) que ficou vinte anos dormindo (...) ai vendo, né, ai pensei assim: ‘Puxa, quem sabe o autor da novela não fez essa novela inspirado na minha vida, né, que eu levei vinte anos (...) dormindo praticamente e agora que eu to acordando (...) Eu me considero um cidadão. Não me considerava não, mas agora eu me considero. Porque eu to me socializando”. (U.6)

O estigma produzido pela doença e a internação psiquiátrica nega direitos que precisam ser conquistados.

“a pessoa que foi internada ela nunca mais é vista como um cidadão dono dos seus direitos, tá, ela é sempre vista como doente, a que não sabe o que faz, o que não é responsável pelos seus atos, entendeu, sempre tem a palavra de alguém que vale mais que a sua. (...) há determinados casos em que a pessoa realmente não tem como evitar a ser essa tutela, mas há alguns casos em que a pessoa tem que ser orientada no sentido de se fortalecer e lutar pelos seus direitos, entendeu, se for o caso trabalhar lá fora como qualquer um outro, entendeu, porque eu também to procurando emprego ai fora”. (U.2)

A cidadania é também o poder desejar. É poder fazer escolhas e estar sempre buscando mais da vida.

“Um outro dia desse eu andei pensando que (...) um cara muito insatisfeito com a vida tá sempre com problema. Então, as vezes eu fico pensando (...) Eu tenho que trabalhar. Tenho que fazer uma coisa produtiva que a minha vida foi essa, ter que trabalhar mesmo pra viver. E eu me sinto assim um inútil (...) Ai consegui trabalho. (...) Ah, eu preciso de uma moradia digna. Um lugar onde eu possa ter paz, tranquilidade e um lugar mais espaçoso (...) Ai consegui morar com a minha tia numa casa grande (...) Ai depois: “ah, porque tinha que ter uma namorada (...) Eu procuro não ter sentimento de insatisfação. Mas você tá sempre gerando coisas e tudo que vai acontecendo você quer sempre mais”. (U.3)

A partir de outro ponto de vista da cidadania, há aqueles que a percebem como adaptação às regras sociais em que a diferença pode ser eliminada, em que é possível o equilíbrio, a igualdade para todos, num tipo de exercício cidadão sem conflitos entre os membros do conjunto de uma sociedade.

“Cidadania eu acho assim, que é a pessoa viver dentro dos padrões que a sociedade nos concede e ai todos seguindo aquele mesmo padrão se forma assim cidadania”. (U.14)

Hoje já é possível ouvir as reclamações, sendo grande a demanda por trabalho. Na visão de um “usuário”, porém, esta conquista só poderá ser feita através da formação de pessoas no quadro da militância em saúde mental que lutem por este direito.

“eu vejo as pessoas reclamando o tempo todo, você escuta sempre pessoas, companheiros, usuários reclamando de falta de emprego, da exclusão, a questão da exclusão não é a só a sociedade, o próprio usuário as vezes contribui pra ser excluído (...) é fundamental para o usuário de saúde mental é se sentir útil dentro da sociedade, é trabalhando, é estudando, é contribuindo, por menor que seja pra formação de quadro (...) que possa formar pessoas, militando no movimento no núcleo da luta antimanicomial (...) isso é uma conquista, e talvez a gente não tenha conseguido avançar muito nisso ai. É formar quadro e mostrar o seguinte: o trabalho é a coisa mais importante para o ser humano, tem uma música que fala: ‘ O homem se humilha se castrar seu sonho, seu sonho é sua vida e a vida é o trabalho’. Isso ai resume tudo (...) O ser humano sem trabalho, sem produzir ele tá completamente desiludido”. (U.5)

Para outro entrevistado, o trabalho é uma das vias da cidadania, do reconhecimento e do respeito.

“A cidadania é o respeito. Porque nós, mesmo a gente doente, a gente tem que ter limites, tem que respeitar o próximo, mas o próximo não respeita a gente, tem medo da gente (...) e eu acho que a maior conquista é o trabalho pra gente. Porque eu acho que o trabalho, muitos trabalham porque precisa daquela renda, outros trabalham por prazer e outros porque tudo aquilo que você faz no caso, que possa haver uma remuneração você sabe que então você tá tendo um potencial, tá tendo condições de fazer alguma coisa e ser remunerado”. (U.10)

“Eu me considero uma cidadã. Com muita dificuldade, mas me considero. Porque eu lutei pra isso. Eu lutei pra que as pessoas me respeitassem . Eu lutei pra que eu tivesse um emprego dentro de uma

instituição psiquiátrica (...) se eu não fosse uma cidadã, se as pessoas não me vissem como uma cidadã, eu nunca teria tido essa oportunidade”. (U.21)

A cidadania é construída no movimento de usuários quando é formada uma história, que requisita a presença de outros personagens para sua construção. É como se fosse uma casa em construção em que cada pessoa contribui com sua mão de obra específica.

“é como você fosse fazer uma casa, você pensasse em fazer uma casa e que do alicerce começasse a colocar os primeiros tijolos e chegasse a casa até o meio, aí vai parar e falar assim: ‘Até aqui eu já contribuí. Acho que minha passagem por aqui já se deu’. Porque se fala: ‘Ah, vamos resgatar um pouquinho da história’. Eu acho que eu já contribuí um pouco, talvez um pouquinho pra esse movimento, pro núcleo, pra essas coisas todas e as vezes deixo de me dar a mim e a minha família, mas me dedico ao núcleo, me dedico à causa, eu acredito nessa bandeira”. (U.5)

Cidadania como vivência do ser político atento, informado, crítico das ocorrências nas instâncias sociais. Ela se expressa em qualquer atitude do homem: na omissão ou na intervenção deste. Mostra-se a consciência de que o ato de denúncia e reivindicação é uma atitude de “educação política”, ao contrário da imagem do louco como um ser inseqüente.

“Uma pessoa política é uma pessoa que tá acompanhando o tempo todo a nível estadual, municipal, nacional, o desenrolar desse país enorme que é Brasil, né, e tentar contribuir pra, de uma forma ou de outra, tentar contribuir pra uma sociedade mais digna, mais humana, mais igualitária (...) tem que tá vendo lei, lendo jornal, tem que tá assistindo uma Câmara de Vereadores quais são as propostas que estão sendo tocadas lá, ir na Assembléia Legislativa e ir acompanhando o que cada parlamentar tá fazendo, cobrando qual foi o mandato que eu te elegi pra estar ali, reivindicando esse tipo de coisa, eu acho que ser político é isso”.

“Acho que todos somos, né, de uma forma ou de outra, ou na omissão ou na intervenção. É uma forma política de se colocar (...) A estagnação é falsa, você quando não está agindo você tá permitindo que coisas aconteçam, então você tá tendo uma atuação política”. (U.19)

“Eu não sou uma pessoa política não, mas eu me considero uma pessoa questionadora, entendeu, o que é certo, daquilo que convém, daquilo que não convém, de como as pessoas estão atuando, eu tenho as minhas críticas, eu faço a minha avaliação, concordo, discordo, mas nunca levando a coisa pro lado da politicagem não, porque eu acho que é uma verdadeira furada”. (U.21)

“Eu sinto que eu posso decidir e eu posso participar, já houve momentos, quando me tolfem a voz e que eu vejo que eu, é alguma coisa que eu tenho que falar, eu berro. Eu já berrei no Senado, eu já dei um berro no Senado terrível, porque o representante das Associações Brasileiras de Hospitais ele disse que nós távamos precisando tomar uns eletrochoques (...) e fazer uma lobotomia, é, entende, ele falou isso pra nós, né, aí eu tive que dar um berro, eu tive que dar um berro em sinal de protesto. (...) Eu falava a palavra protesto, protesto berrando porque não me deixaram falar e eu tive que falar, que quem faz isso é um carrasco. Eu chamei esse cara de carrasco também na televisão e ele disse pra mim que eu era mal educado, aí eu disse: ‘não, você tem o perfil de carrasco mesmo, e isso da minha parte não é falta de educação não, isso é educação política’”. (U.15)

O ideal de cidadania ainda se encontra nas páginas do livro da Constituição Federal, seu alcance para todos ainda está para ser concretizado. É empreendida uma luta pela cidadania que se percebeu roubada a partir da vivência da rejeição social. Mas a cidadania também pode

ser compreendida por viver numa cidade, ter um endereço, nome e sobrenome. Como direito adquirido, o registro social de alguém não pode ser dele retirado.

“É uma coisa que escreveram que é pra todos, né, com mão dupla, mas que na prática, na maioria das vezes ela tem mão única, dependendo de quem detém o poder”. (U.19)

“Olha, cidadania. Palavra bonita, né? Cidadania. Uma cidade. (ri) Uma cidade de onde você nasceu, de onde eu nasci, com certeza (...) Uma série de direitos e deveres e outras coisas mais, que faz a gente andar de cabeça erguida, essas coisas mais, a gente se sente forte, poderoso, ai tem cidadania: ‘Sou um cidadão. (...) Eu acho que a partir do momento em que eu sou uma cidadã (...) embora me tenham tirado essa tal cidadania, tá, eu não me dei muita conta disso, mas é que a sociedade rejeita é porque me tiraram a cidadania, né, porque se a sociedade não tivesse me rejeitado eu teria essa tal cidadania, né, mas mesmo assim, a partir do momento em que eu faço parte de uma cidade, faço parte entre aspas, moro numa cidade, eu tenho um teto pra dormir, eu tenho um endereço e eu tenho um nome e um sobrenome (...) porque quando eu nasci meu pai me deu isso (...) Eu sou uma cidadã. Com muitos deveres e poucos direitos, mas sou uma cidadã. (...) Apesar da exclusão, apesar da discriminação, do preconceito, entendeu, eu sou uma cidadã e isso ninguém vai tirar de mim”. (U.17)

Hoje não basta ser reconhecido como “usuário”, uma vítima da sociedade merecedora de solidariedade para poder obter a propalada cidadania. Em lugar disso, luta-se por relações sinceras de amizade, com as quais se pode contar com mais facilidade.

“A cidadania pra mim é muito importante. A cidadania pra mim tem que ser uma forma muito bem feita pra nós dizer: ‘Somos cidadão’. Porque até hoje nós não passamos de usuário. A cidadania são apenas os profissionais, técnico, os homem lá de fora. A cidadania, solidariedade, isso pra mim se chama esmola. Solidariedade não. Amiga. A minha amiga soube que eu não tinha uma roupa pra vestir e ela tinha uma roupinha lá e me deu como minha amiga. Eu não morri pra você ter solidariedade de mim, meus pêsames”. (U.13)

A experiência da cidadania é possível, mesmo que incompleta, como no caso de um “usuário” curatelado. É por isso, considerado incapaz perante a justiça. No seu dia-a-dia, prova ter um mínimo de autonomia e responsabilidade em atividades que o permitem fazer uso do seu potencial.

“Mesmo sendo curatelado eu tenho me sentido bem na sociedade, com a minha família (...) apesar de ser curatelado eu tenho meus documento, tudo, né, mas não curatelado eu posso votar e devido a curatela não pode mas, eu não posso receber como profissional, ai eu fiquei um pouco mais fora, mas ao mesmo tempo dentro da sociedade (...) mesmo curatelado eu fiquei dentro, né, agindo dentro (...) Exercendo o meu direito. Qualquer coisa que se faça pra melhorar a situação, pra eu me sentir mais feliz, para eu me sentir lutando por dias melhores, ajudar, dar suas opiniões pra essa reforma que Ta tendo, que dê sempre tudo bem ajeito, do jeito também que der e tá melhorando muito até agora”. (U.20)

Muito de direitos ainda devem ser conquistados. Os entrevistados percebem sua crescente atuação na sociedade, principalmente no exercício de militância, mas com pouco retorno financeiro e material. Para certa pessoa, uma das lutas é a travada contra a “psicose de



poder”, considerada, na sua visão, uma característica de pessoas que se aproveitam de outros para obter ganhos e depois o abandonam.

“Eu me considero sabe como? Um tem que fazer tudo. Pra poder ser cidadã. Se eu não fizer não sou ninguém. Tudo porque os cidadãos, os que querem ser cidadãos, os psicose de poder (...) Psicose de poder é você não ser e querer ser mais do que os outro. Aí se você precisa, vai a quem pode, é bem recebido e depois você esquece, você abandona, aí vai usar o que aprendeu com aquela pessoa (...) mas, para você, com quem você aprendeu, você esqueceu”. (U.13)

“Minha vida nos últimos tempos é um saco vazio pedindo um grão a um passarinho. Minha vida é essa. Porque eu não tenho com que me garantir. Eu não tenho condições pra me manter. E eu me mato com isso. Cada dia eu me mato (...) não quero ser a galinha dos ovos de ouro não. Eu queria era apenas uma casinha que fosse minha garantia, minha garantia. Que eu pudesse receber meus amigos na minha casa, o que eu tivesse fosse meu, não devesse nada a ninguém”. (U.13)

O tratamento, como direito mínimo de quem sofre de transtorno mental, incentiva reivindicações para acesso a esse direito, como por exemplo, o direito ao transporte coletivo para se chegar ao serviço.

“Pelo menos as pessoas que tão precisando se tratar, deveriam ter um documento, já que tem que ser pela Fetranspor, facilitando pela prefeitura, sei lá, o transporte, a locomoção dessas pessoas para o tratamento. Porque eu realmente eu não podia continuar chegando no Ponto do ônibus, ou então parando o ônibus altas horas da noite, falando assim: ‘Me leva até o hospital por favor, eu preciso chegar até o hospital e eu não tenho o dinheiro da passagem. Por favor me deixa entrar’ (voz de pedido insistente e lamurioso) e o motorista morrer de peninha de mim e mandar eu entrar pela porta da frente. E isso é falta de cidadania, a gente fica implorando por um direito que é nosso. Que é o direito ao tratamento”. (U.17)

### **O exercício cidadão pelo trabalho e a aposentadoria.**

Ter a aposentadoria por invalidez, decorrente do diagnóstico de doença mental, gera como consequência o estigma de que o dono de tal aposentadoria não tem condições de realizar nada de significativo na vida, já que é “inválido”. No decorrer das entrevistas, foi clara a negativa dos entrevistados em assumir tal condição.

A conquista de emprego para “usuários” de serviços de saúde mental é difícil. Eles dependem de ajuda familiar, de algum benefício e aposentadoria ou mesmo do seu trabalho autônomo. Alguns, fazem cursos, procuram se formar, informar e renovar amizades que lhes abram novas possibilidades.

As dificuldades no trabalho são superadas pela oportunidade de troca, novos conhecimentos, sendo um passo para o “emprego de verdade”. Um desafio mesmo diante da evidência das dificuldades com as quais convivem.

“apesar do trabalho me dar ganho eu continuei achando muito pesado, por mais leve que fosse a minha tarefa eu continuo achando que era muito sacrificio fazer. Eu continuei assim, por assim dizer, um pouquinho preguiçoso, mas pela parte financeira teve uma ligeira melhora e a parte social também, eu conheci outras pessoas e me relacionei com outras pessoas, foi importante (...) Pensei em sair da

cooperativa a não ser pra ganhar um emprego de verdade, como se a cooperativa não fosse um emprego de verdade, é também, mas quando eu falo emprego de verdade é emprego que uma pessoa normal ocupa com todas as responsabilidades, com todas a carga horária de 40 horas semanais”. (U.2)

A aposentadoria aparece como alternativa não grata ao usuário, porém, necessária diante das evidentes dificuldades de retorno à sobrevivência pelo trabalho formal. No entanto, nada impede que ele continue se formando, se aprimorando para poder enfrentar o mercado de trabalho. É uma tentativa incessante de mostrar que sua vida laborativa não terminou.

“eu não queria ser aposentado, de jeito nenhum, porque eu sei que eu tenho uma idade ainda, pro mercado de trabalho (...) Mas sempre tem um lugar onde você consiga exercer suas funções, ou seja, trabalhar em alguma coisa assim você sempre consegue, mas eu queria por exemplo ter um emprego. Eu queria por exemplo, continuar estudando, continuar a trabalhar, eu queria crescer como pessoa (...) Como eu pudesse dizer: ‘Bom, eu to trabalhando, eu to trabalhando., eu to estudando, eu to tocando minha vida pra frente, com dificuldades, mas eu acho que eu vou chegar lá’. (...) é você ter uma profissão que você pode desempenhar tranquilamente sem ser oprimido, ser ter de aturar chefe (...) mau humorado. (...) Esse problema dessa doença as vezes te deixa um pouco cansado, você não pode trabalhar assim com pessoas em cima de você... (...) eu comecei a levar laudo médico pra perícia médica que eu fazia de três em três meses, as vezes de seis em seis meses, uma perícia pra ver se eu poderia voltar ao trabalho, mas como sempre chegava lá uma carta: ‘ele tá em tratamento 7, 5 dias por semana em todas as atividades, não sei o que, ele é portador disso, ele tem esse problema, mania de perseguição, cunho persecutório’, não sei o que, lógico que tava todo mundo achando que eu era um monstro, né, malucão e tal ai me aposentaram. E todo mundo, né, as pessoas: ‘Ah, porque você deve se aposentar mesmo, porque é um dinheiro certo pra você’. Tudo bem que seja um dinheiro certo, mas de repente tira um pouco do seu ânimo pra viver (...) eu acho que quanto mais eu souber mais chance eu tenho de entrar no mercado de trabalho. Porque a idade vai avançando e se eu ficar parado, po, o mercado vai me engolir, né, eu já to sendo engolido a muito tempo, imagine se eu não parar pra fazer alguma coisa”. (U.3)

A fala seguinte aponta duas questões na aposentadoria recebida devido à doença mental: uma é o mercado de trabalho que não recebe aposentado; e outra que é a questão contraditória que vem com a idéia da aposentadoria por invalidez, contraditória porque alguns usuários se sentem integrados pelo trabalho na sociedade, continuam em atividade, mas não com carteira assinada. Uma coisa é sentir-se aposentado, no caso, acomodado à situação atual, e outra é estar aposentado, sentindo-se ainda capaz de trabalhar numa sociedade neoliberal que não oferece posto de trabalho para todos.

“Tem dois norte nisso ai. Um é o norte do mercado de trabalho mesmo, né, uma vez você aposentado o mercado de trabalho não absorve você. Outra coisa é: o que que é aposentado? Por exemplo, na minha carteira tá aposentado por Invalidez, mas o que que é inválido? Eu sou uma pessoa que to o tempo todo inserido dentro da sociedade, né, eu não sou uma pessoa que to acomodada (...) Eu não me vejo assim. (...) em momento nenhum eu me considero uma pessoa aposentada. Apesar de uma dificuldade financeira, de um salário mínimo, já que é 136 reais, me obriga as vezes até a trabalhar sábado e domingo em biscate, fazendo um concreto, ajudando como um pedreiro, como um servente pra mim ganhar um dinheirinho a mais, porque o mercado de trabalho não absorve você como aposentado. (...) acho que é uma coisa da exclusão mesmo social que acontece no nosso país. É o jovem, é o idoso, é o negro, entendeu, nós não temos mercado de trabalho pra todo mundo’. (U.5)

Outras falas também nos colocam frente aos impasses da aposentadoria: a do “inválido que se sente capaz”, mas um tipo de capacidade que foge às regras das exigências do mercado formal.

“se eu pudesse eu pedia retratação da aposentadoria, porque eu me sinto capaz de trabalhar, mas um dia, você sabe que existe todo um texto, (...) ele pode ser alterado, ele pode ser retratado, e eu penso um dia se, Deus quiser, se eu tiver condições financeiras, um bom emprego, um trabalho (...) se eu sentir que dá pra me sustentar eu vou lá e cancelo a minha aposentadoria. É uma aposentadoria por invalidez, mas não precisa te invalidar pra vida, né?”. (U.6)

“eu sou um cara que, né, é a toa, né, sou encostado, né... Tem muita gente encostado que gosta de ficar em casa. Ficar em casa. Bater um papo. Jogar uma sinuca, um baralho, uma dama. Aposentado, né. Mas eu não gosto”. (U.7)

“Aposentado como inválido é saber que eu não vou poder mais trabalhar, exercer as minhas funções, ter meus direitos como trabalhador e também o dinheiro ser muito pouco, né, porque não é igual do que se eu tivesse trabalhando”. (U.8)

“Me aposentar? As vezes eu penso mas ai eu fico olhando assim: ‘Po, mas me aposentar com doença mental (ri), invalidez e tal, po, negócio esquisito’. E também a aposentadoria também não é lá essas coisas”. (U.19)

Aqueles que não se mantêm de benefícios e aposentadorias questionam o empresariado que não os consideram para o mundo do trabalho.

“O que que ele tá ganhando em deixar um usuário, um paciente em saúde mental não trabalhando pra empresa dele? Ai ele não pagar e não deixar e não ele não acreditar no potencial dessa pessoa. O que que ele tá ganhando com isso? Em excluir, em discriminar? Isso eu gostaria de saber”. (U.18)

A história de vida pelo trabalho está sempre presente, é um trunfo para uma outra realidade que se impõe.

“eu trabalho desde a idade de 10 anos, então eu digo que já nasci trabalhando, desde quando eu me entendo por gente eu já trabalho, então na minha idade ficar sem trabalho e ainda com meu problema, eu considero trabalho assim uma coisa terapêutica, sabe. Tanto pode levantar quanto pode afundar a pessoa e no meu caso levanta (...)eu também não to em condições de ficar parada achando que o benefício é uma benção. Realmente é uma benção, me ajuda bastante, mas também não é a benção que eu mereço. Eu acho que eu ainda mereço mais. Diante do esforço que eu tenho tido, diante do tratamento que eu venho fazendo eu acho que eu posso ter mais. Através do meu trabalho. (U.17)

Finalmente, ficamos com a fala de um entrevistado que solicita mudança nas regras para os beneficiários do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), o que para ele seria um avanço social e político. Parte do princípio de que o INSS deveria cultivar uma forma de tratar os problemas dos loucos de modo específico, flexibilizando oportunidades. Este sujeito, assim como todos os demais “usuários” presentes com sua fala neste trabalho, vive a *cidadania possível*, resgatando o seu poder participativo, de questionar e interferir nas normas do aparelho estatal.

“a gente pode não tá preparado pra fazer certos tipos de trabalho, mas temos condições de fazer outros tipos de trabalhos (...) o INSS deveria abrir mais pra que a gente pudesse expandir um pouco mais. ‘Tá em benefício’? tá. ‘Você acha que tá em condições de trabalhar’? ‘To’. ‘Vamos manter o benefício mais uns três meses e você vai fazer o trabalho que você tá a fim de fazer. Se você não conseguir fazer o trabalho você vêm, comunica e continua o benefício, se você conseguir manter o trabalho por mais de três meses a gente corta o benefício’. (...) o trabalho é a melhor terapia. Então, eu acho que a partir do momento em que a gente conseguisse isso, entendeu, seria um grande avanço. É conseguir não ter que esconder da sociedade o tratamento que a gente faz, ser aceito, mesmo com o tratamento que a gente faz, e conseguir um trabalho e desenvolvendo desse trabalho sermos aceitos pela sociedade, através do trabalho, já que através como pessoa não conseguimos provar nada eu acho não seria somente fazer um trabalho do INSS junto aos usuários do INSS, entendeu, mas também levar a coisa pra mídia (...) não aparece nada na mídia e nós como militantes do movimento da luta antimanicomial, talvez seja o momento da gente falar nisso (...) teriam que falar também dos usuários do INSS, dos que estão em benefício, dos que estão aposentados, ao invés de ficarem fazendo somente recadastramento pra saber se tá vivo ou morto, deveriam fazer também esse trabalho, reunir de 10 ou de 15 grupos, como eles achassem necessário e levar um papo legal com esses usuários de benefício, desse tipo de serviço e através disso, sei lá, implantar um outro tipo de regime, porque esse regime já é muito passado, muito antiquado A nós, usuários do INSS não satisfaz mais”. (U.17)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intento de finalizar este estudo fazemos alguns apontamentos sobre a vivência da inserção social e da cidadania por “usuários” de saúde mental, através da sua participação em dispositivos grupais estratégicos formados no contexto da Reforma Psiquiátrica e com relevante repercussão na sociedade.

São reflexões iniciais, sem a intenção de produzir verdades sobre um tema que se apresenta tão complexo quanto diverso. Não desviamos o olhar para as novidades que estão se constituindo no campo atual da saúde mental. Queremos sim incentivar o olhar crítico para a realidade que vivemos. Buscamos durante todo este trabalho, demarcar o contexto em que se originam os novos dispositivos grupais de ação política na Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo, assim, para a reflexão teórica e prática deste campo.

Compreendemos que a desinstitucionalização brasileira é a atenção psicossocial associada à construção da cidadania e a luta por direitos pelos usuários. Por isso valorizamos grupos que incentivam a participação e a autogestão de seus membros.

Não queremos com este trabalho levantar a bandeira da inserção social, pura e simples, ou a do “usuário”, afirmando, dessa forma, que o ideal seria afastá-los das instituições de assistência. Valorizamos, ao contrário, a transformação destes espaços e o olhar atento para o seu fazer, interagindo com as necessidades de seus clientes. Entendemos também que estes espaços assistenciais, para algumas pessoas, não são suficientes, por isso enfatizamos os grupos que oferecem ao “usuário” um outro lugar na sociedade, não restrito aos espaços da saúde mental, por meio de atividades que buscam o reconhecimento social de seus membros.

Justamente para entender como a inserção social ocorre na corrida pela conquista por direitos é que escolhemos, para a realização desta pesquisa, espaços como a Cooperativa da Praia Vermelha e o Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial/RJ. Eles fazem parte de um contexto social em que ainda existem “instituições da violência”. Tais instituições, no entanto, não estarão mais imperando sozinhas, se levarmos em conta o vigor de movimentos – como o da Luta Antimanicomial – produzidos pela sociedade, indo de encontro às instituições, não para serem omisso a esta realidade imposta, mas para apontar sua perversidade e criar meios para que este aspecto institucional seja abolido.

Em torno da questão das “instituições da violência”, pensamos que os dispositivos grupais estratégicos - por nós acompanhados – têm se diferenciado em suas práticas, no que diz respeito, em especial, às relações que se estabelecem entre os “usuários” e entre estes e os técnicos. Foi interessante perceber no trabalho de campo que estas relações encontram-se diante de novas construções. Ao mesmo tempo em que se estabelecem relações de confiança e de valorização do técnico pela sua postura conciliatória e aberta à participação de todos, existem também sentimentos de desconfiança de que o técnico crie situações para se aproveitar dos usuários, negando suas opiniões e impondo decisões não-democráticas e autoritárias.

Visualizamos, em ação, o confronto de “usuários” com o dispositivo técnico do poder-saber. Nos grupos, são inventados meios para redimensionar tal dispositivo em relações transparentes, respeitando os saberes adquiridos por cada um, seja o saber da academia, seja o da experiência de vida, da vivência concreta do problema psiquiátrico. Não resta dúvida, no entanto, quanto à valorização do papel do técnico, sendo referência importante para o estímulo dos “usuários”, auxiliando-os a galgar outros caminhos.

Um dos problemas por nós detectados é o risco de que, nestes espaços, as questões principais centralizem-se nos técnicos por serem considerados “mais competentes” do que outros membros dos grupos para a resolução de problemas, principalmente em termos de organização da dinâmica de um espaço coletivo. Esta característica é mais visível na cooperativa, ocasionando em algumas situações relações de dependência técnica e institucional. Uma das formas com as quais os profissionais tentam intervir nesta relação de dependência, e até subalternização ao técnico, é estimulando a participação de pessoas nos grupos fora do eixo técnico-paciente, provocando novos e diferentes vínculos. Entendemos que um dos complicadores, no caso da cooperativa, é a sua forte ligação com a instituição assistencial, sendo facilitada a reprodução de relações de poder cristalizadas.

A questão institucional é um outro ponto a ser abordado. Ambos os grupos se questionam quanto a sua institucionalização ou não. Ressaltamos que esta vivência ocorre de modo distinto. No caso da cooperativa, o fato de ainda não estar regulamentada torna-se um problema: pode acarretar o aumento da dependência da instituição assistencial que a apoia, além de adiar a formação de uma diretoria que definiria melhor os papéis de seus membros, incentivando, inclusive, a participação dos “usuários” na questão organizacional e estrutural, fortalecendo o aparecimento espontâneo de lideranças no grupo.

Em relação ao núcleo estadual, a situação é outra. Observamos que este encontra-se com um grupo em visível amadurecimento das suas idéias e objetivos, o que faz com que

tornem-se mais exigentes no espaço e produzam necessidades mais complexas, esbarrando nas dificuldades de um grupo sem recursos próprios para se manter. Neste caso, em situações específicas, precisam sempre solicitar ajuda e apoio de pessoas e de entidades. Este aspecto leva alguns integrantes do grupo a repudiar tal atitude que chamam de “humilhação” ou “mendicância”. Parte daí, a intenção de oficializar o grupo, criando oportunidade de suprir as novas necessidades que surgem.

São dispositivos nos quais a presença do “usuário” é necessária e significativa, caracterizando-se pela dependência das instituições assistenciais e entidades de saúde mental, em termos de infra-estrutura, pois são as que mantêm e sustentam estes espaços; estão em pleno crescimento, diante de problemas cada vez mais complexos. Consideramos que os novos dispositivos estratégicos no campo da saúde mental inovam, de algum modo, por estarem sendo conduzidos pela participação direta dos “usuários” de saúde mental, contribuindo com novas modalidades de gestão e organização dos espaços.

Identificamos também nestes grupos a relação de solidariedade e de coletividade diante dos problemas de cada participante. São lugares permanentemente produtores de demandas, de necessidades. Estas demandas geralmente surgem de problemas individuais, mas chegam ao grupo como um problema de todos. Por exemplo, se algumas pessoas não têm condições de comparecer ao trabalho da cooperativa ou às reuniões do núcleo, por não terem dinheiro para pagar o transporte, isso afeta a todos. Esta passa a ser uma situação que incentiva a discussão sobre a importância da passagem gratuita para os usuários de saúde mental, facilitando seu acesso aos espaços de tratamento – incluindo o de trabalho e o de militância. Facilitar acesso aos lugares de tratamento são lutas do campo dos direitos civis – de ir e vir – e sociais.

São espaços que possuem interesses diversificados, conduzindo diferentes modos de participação no conjunto da sociedade. Eles são produtores de novos conteúdos nas discussões, exigindo novas agendas para suprir necessidades. Um dos fatores que achamos importante é o de que eles desenvolvem estratégias para que haja maior adesão de serviços, dos técnicos, dos familiares e dos “usuários” ao movimento social da Luta Antimanicomial, já que historicamente são marcados por esta.

Entendemos que há avanços no espaço micro, das interrelações estabelecidas nos grupos, mas é preciso que eles se encaminhem para fortalecer os espaços macro: das discussões jurídicas, das formulações de políticas, legislações, do acesso a mídia, etc. É uma tarefa que exigirá disponibilidade de todos para uma ação intensamente política e informada sobre a história da Reforma e do Movimento Social. Não deixam de ser desafios que se

somam a outros, tais como: desencadear a luta contra a cultura da violência e a idéia de que todo louco é perigoso; criar meios de exposição dos usuários que evitem certos constrangimentos; saber lidar com relações de poder sem precisar se anular; construir sentidos de vida e não de mortificação no cotidiano; experimentar os embates e aprendizados da vida em coletivo; integrar as mudanças na assistência da saúde mental a mudanças em outros campos sociais, etc..

Foi curioso constatar a importância destes espaços como lugares de aprendizado, lugares em que se cultivam a necessidade do acesso à informação, seja para aprimorar a técnica da produção, no caso da cooperativa, seja para instrumentalização e justificativas consistentes no cotidiano da militância. Os usuários buscam coerência nas suas atitudes e são extremamente críticos no seu fazer. Possuem grande responsabilidade pelos seus atos, evitando serem “marionetes” de outros. Na maioria das entrevistas, pareceu-nos que os entrevistados empreendem-se na tarefa de serem protagonistas de suas histórias, como um modo de forjar a abertura de novas lutas em nome das suas necessidades.

A participação e o engajamento das pessoas nestes dispositivos invertem a ordem dos espaços concebidos pelas oficinas terapêuticas, dos quais muitas vezes os “usuários” não participam diretamente da sua realização. Queremos deixar claro que falamos de um tipo de oficina que nasce pronta para os usuários, que tem a função simples de ocupá-lo, aceitando-o como ser passivo, não atentando para seus dons, seus interesses, sua visão crítica das situações.

Talvez seja necessário destacarmos aqui alguns pontos: não estamos desconsiderando os grupos e oficinas terapêuticas, negando suas propostas de reinserção e de cidadania. Estamos, na verdade, enfatizando o aspecto político e de intervenção sobre a sociedade que produz efeitos nos sujeitos e no próprio grupo. Eles estão construindo e propondo conduções para as políticas e, de algum modo, transformando o imaginário da sociedade sobre suas reais condições humanas. É uma ação política que dá visibilidade ao “usuário” como cidadão e não como enfermo. E isto ficou muito claro a partir das entrevistas. Fazem da participação alavanca para o desenvolvimento de auto-estima e do reconhecimento na sociedade da originalidade do grupo e da sua capacidade na execução e direção de tarefas. Percebemos também que a participação nestes espaços depende da forma com que entendem, cuidam e convivem com o problema psiquiátrico.

No cotidiano destes dispositivos, parece haver um cuidado para não se enclausurarem-se em modelos fechados. Procuram ser espontâneos, não sendo cópias de outras propostas similares. Sabem que são mais uma experiência de um campo bem maior, e não a única



possível. Assim, a cooperativa desenvolve seu trabalho com a novidade de integrar a questão da saúde mental com a ecologia e a defesa do povo da floresta brasileira; o núcleo se constitui assegurando a distinção da sua organização em relação a outros núcleos e fóruns estaduais mais antigos. Ambas são experiências recentes que já podem dar conta das suas produções sociais e do significado da sua existência no contexto da Reforma, aumentando a responsabilidade em refletir sobre suas práticas.

Os “usuários” criam meios de inserção e integração pelo trabalho como reconhecimento do seu potencial, assim como por necessidade de sobrevivência, seja financeira, no caso da cooperativa, seja emocional e afetiva pelo reconhecimento e respeito a sua pessoa, no caso de ambos. Participar destes espaços é uma forma de garantir sua não-exclusão, por exemplo, quando alguns cogitam a produção de carteiras de identificação nos grupos, marcando sua participação. Parecem construir novos territórios sociais, subjetivos, culturais, em que não querem ser identificados como “coitadinhos”, “vítimas”, dignos de pena, querem sim o direito à vida integral, não apenas à vida limitada da doença. Alguns entrevistados, inclusive, comentam que a vitimização abafa a indignação e enfraquece a potência da luta individual e coletiva.

A inserção social e o processo da cidadania estão ligados à lógica de pertencimento em espaços de troca, encontros, diálogos, em que se possam perguntar, responder, pensar em conjunto, é poder fazer uso dos espaços, transitar por eles e afirmar sua presença. Tem uma situação no núcleo estadual com a qual podemos exemplificar esta questão: há um participante que costuma intervir na reunião para tocar em assuntos que já foram discutidos pelo grupo, o que causa certo incômodo a alguns, como se fosse um retardamento da reunião. Mesmo assim o integrante não se intimida e reivindica: “você não estão me deixando falar (...) mas eu quero falar”, fazendo com que, em alguns momentos, o grupo perca a rigidez do caminhar das discussões para ouvir sua dúvida e respondê-lo. É a voz que pede escuta, sem estar presa à rigidez dos espaços.

O valor dos espaços assistenciais produzindo certa dependência do usuário ao serviço (questão que surge em algumas entrevistas), talvez decorra, não de um imobilismo deste ou acomodação simplesmente, mas sim por causa da fragilidade ou ausência de uma rede social efetiva que acolha pessoas em tratamento psiquiátrico. Assim, deve-se “agarrar tudo que a psiquiatria oferece”, como nos disse um entrevistado. Para nós, nesta situação, pode haver o risco de reificação destes espaços em que eles se tornam essenciais e não mais se vive sem estes, já que não há nada que o substitua na vida do “usuário”. Os serviços, então, se estabelecem como porto seguro permanente, ao invés de simples referência. Contribui

também, para isto, o outro lugar estabelecido na relação técnico-usuário, pela cumplicidade e apoio no tratamento.

Verificamos que o tratamento é uma conquista que não se quer perder. Talvez, por isto, haja o receio de se afastar dos serviços; dentro da instituição está garantido o cuidado, as regras flexíveis. O sujeito é compreendido nas suas necessidades, há tolerância maior. O que não ocorre fora com a existência de descaso, desprestígio de quem não corresponde às exigências materiais e de tempo do mundo globalizado. Isto mostra como o caminho é extenso para todos neste movimento, em que ocupar outros lugares na sociedade não é algo pronto, mas sim um árduo desafio.

Consideramos importante a Reforma Psiquiátrica, através de seus protagonistas, trazer para si a sua história, evitar sua naturalização e a das novas práticas. A história produz marcas que não podem ser ignoradas, silenciadas, mas repotencializadas no contexto atual, como percebemos na voz daqueles que viveram as experiências da internação tradicional. A vivência da internação tem hoje um outro sentido. Para alguns é o que dá sentido para sua vida. Na luta política, cultural e laborativa, a experiência foi transformada, possibilitando ações de denúncia dos “usuários” sem estarem no lugar de vítimas, mas de atores ou agentes sociais, sujeitos políticos. Reconhecem que podem conquistar coisas por seu próprio esforço. Nada é gratuito. Cada conquista é uma festa, um alívio, revigora a auto-estima. Talvez fosse mais cômodo viver sem ter de lembrar de fatos tristes da existência, mas, para alguns, a lembrança vem acompanhada com um sentimento de vitória sobre a violência vivida: “[a Reforma Psiquiátrica] Me dá o sentido pra beleza, para verdade, pro amor, no sentido de realização pra minha vida”. (U.15)

Para os entrevistados com longa história psiquiátrica, aparece com frequência nas entrevistas a idéia da “doença mental entre parênteses”, questionando a instituição psiquiátrica e suas produções. Parecem restabelecer consigo os caminhos da sua vida, sabem que os rumos dependem de sua participação e escolhas. É um caminho para que tenham seus espaços próprios. Neste sentido, o sujeito não se restringe à “clínica”. O terapêutico associado à clínica é apropriado com um outro sentido, mais amplo, dando margens ao “terapêutico” como qualidade de vida, novas relações, participação.

Identificamos que pior do que o preconceito sentido, em relação a qualquer outro sujeito, é aquele que existe da própria pessoa para consigo. Estes dispositivos, então, ao contrário de lugares que prometem a “cura”, o retorno à normalidade, ajudam os “usuários” a armarem-se de confiança e credibilidade na sua própria vida. Assumir o problema psiquiátrico

não é um atraso, negatividade, mas justo a possibilidade de ser alguém com direitos especiais ou não.

Sublinhamos a necessidade das ações, no movimento da Reforma Psiquiátrica, serem também contestadoras. Talvez por isso alguns participante, aqueles mais politizados, neguem a “terapeuticidade” deste espaço. Concebemos que a cooperativa de trabalho não tem caráter explícito contestador, mas pode ser considerada contestadora, se não explicitamente uma contestação política, com certeza tem um tipo de contestação cultural e social.

A organização do grupo é de vital importância para o reconhecimento social dos “usuários” e de seu movimento político. Facilita o acesso a uma realidade social que antes mostrava-se totalmente distante dos atores da saúde mental. O dispositivo grupal pode auxiliar na captação do potencial de luta, da autonomia de decisão e da superação das dificuldades. Como nos diz Basaglia, por exemplo, sobre o espaço da cooperativa:

“O mundo do trabalho hoje em dia é contraditório, pois aceita mais facilmente uma mão-de-obra mais qualificada do que a menos qualificada. Nós fizemos tentativas de superar esse problema, criando cooperativas de trabalho, novos lugares de trabalho, onde o ex-doente se tornava competitivo como grupo e não como indivíduo, isso é muito importante”. (Basaglia: 1979:43)

As temáticas da inserção social e da cidadania são também compreendidas pelos usuários como diversos tipos de luta: por ser aceito, ser respeitado; firmar relações amplas em diferentes espaços; assumir o papel de agente formador e interventor, seja como monitor de tarefas na cooperativa ou como liderança na militância de usuários; como produção de espaços de liberdade de escolha e opinião versus a vivência da prisão em ordenamentos sociais e de situações de tutela, impedindo o desenvolvimento de sua autonomia, por mínimo que seja; a vida sentida como oposição a morte subjetiva e social; o relato da sua história servindo como um diálogo franco com a sociedade; considerar-se apto para a construção de uma nova realidade no campo da saúde mental e fora dele; direitos como arma a favor da sua cidadania, que inclui também seus deveres em relação a sociedade; parece, em alguns casos, viverem a cidadania como a própria capacidade de pensar criticamente sobre a realidade e inventar meios para transformá-la; a certeza de que pode fazer uso da sua voz, que pode se expressar e ser ouvido e entendido; ter acesso à “educação política”, no dizer de um usuário, a partir da sua visão crítica e questionadora. De modo geral, assumir uma condição, que não nega o transtorno mental, passa a ser uma forma de acreditar na sua ação política como sujeito de direitos e cidadão.

Evidenciamos, então, na prática dos grupos e nas entrevistas, uma cidadania em plena construção. Ela foi localizada principalmente nas falas que reivindicavam direitos. Este é um tipo de participação no social que parece entender a cidadania como conquista e não como um simples favor, uma concessão. São sujeitos que, ao nosso ver, para além de “usuário”, são possíveis cidadãos em exercício que, se estão por inteiro dentro da sociedade, tentam transformá-la no que é possível.

Cabe lembrar, como na avaliação de alguns, que a noção “usuário” surge para designar situações específicas, registrando o desejo de serem reconhecidos como qualquer outra pessoa. Esta idéia pode se chocar com a necessidade de fazer uso da sua diferença – como pessoa com problemas psiquiátricos – para a conquista de direitos especiais. Mas este não é um grande problema, quando suas lutas fazem parte de um coletivo maior. Isto faz com que o termo “usuário” seja utilizado para afirmar a luta política de agentes e atores sociais, ou “atores modificadores” de uma realidade que estigmatiza e exclui o louco, em oposição à condição de mero receptor de assistência. Com esta postura, alguns militantes consagram uma luta pela cidadania fora dos espaços da saúde mental, das relações de proximidade, e vão de encontro a esta nas ruas, sem necessariamente ser pelo anonimato, pois, para alguns, não há problema em divulgar sua história, desde que contribua para desfazer a imagem ruim construída sobre a loucura.

Foi grata a surpresa em poder ter tido acesso a pessoas tão atentas à realidade com a qual estão tendo que lidar. Alguns não se intimidaram em interpretar fatos, nomear situações, criar palavras que ironicamente falam das mudanças na saúde mental, etc.. Para nós, isto só confirma que sua postura não é passiva e alienada em relação ao que vivem. Ao contrário estão muito atentos, o que quer dizer que também são produtores deste campo.

Rompem com o paradigma do manicômio, colocam em xeque as instituições produzidas pela psiquiatria. Fazem o percurso do ser cidadão. Concretizam relações de interdependência e não de dependência, possibilitadas por trocas e relações de utilidade nos grupos. Reconhecemos como ainda é difícil, para alguns, o convívio com a diferença da loucura, aceitar a loucura do outro. Com isto, corremos o perigo de construir territórios normalizadores, de negação da diferença, reproduzindo a lógica manicomial.

Observamos também enorme necessidade dos entrevistados em afirmarem que são normais como qualquer outra pessoa. Entendemos que, com esta afirmação, buscam uma aproximação com os ditos normais que negue os aspectos que justificam sua exclusão pelo preconceito e estigma. É a necessidade de uma igualdade de direitos, de presença social, sem necessariamente negar seu problema, em que as diferenças e capacidades sejam reconhecidas

e respeitadas. Talvez esta postura seja possível numa ação política que deflagre subjetividades que se tencionam, interagem e constroem uma nova prática do viver as relações pessoais e coletivas.

Estão intensificando novas modalidades de contratos nos grupos e nas suas vidas. É a garantia de acesso a novos sentidos para sua vida, que acontece de várias formas: pelo companheirismo dos colegas de grupo, pela confiança no seu fazer, pelo retorno emocional e aposta do familiar, etc.. O desafio de lidar com a diferença caracteriza cada indivíduo que cruza o seu caminho, seja ele louco ou não. É a vivência da cidadania através da sua aliança com seu sujeito de direitos. Neste caminho, sabem que existem impasses, sérios obstáculos, mas buscam não esmorecer e acreditar em perspectivas que eles mesmo sabem que podem ajudar a construir.

Outra questão interessante diz respeito aos benefícios, licenças e aposentadorias dos usuários. São um tipo de “proteção social” com os quais contam e não pensam em se desfazer, mais por uma necessidade de sobrevivência financeira do que por interesse direto por este benefício que os trata como incapazes. Reconhecem a instabilidade econômica brasileira, por isso evitam situações em que coloquem em risco esta “proteção”, já que não deixa também de ser uma conquista importante no campo dos direitos sociais.

O trabalho protegido, como no caso da cooperativa, não deixa de ser uma boa oportunidade diante das dificuldades de trabalho na sociedade. Não é a toa que alguns usuários reconhecem o valor social, tanto da cooperativa como da sua produção. Apesar da decepção de alguns pelo pouco de dinheiro que ganham, vão aos poucos reconhecendo a diferença entre a modalidade de trabalho tradicional e valorizando o modo como as relações de trabalho são estabelecidas naquele espaço - não com a finalidade de pressionar e humilhar, mas para o crescimento individual e do grupo através do estatuto das novas relações estabelecidas, pela via da “solidariedade coletiva”.

Com este estudo esperamos de algum modo ter contribuído um pouco mais para a reflexão sobre as práticas que incentivam as ações políticas de seus membros, tornando-os mais responsáveis com a sua própria vida e com os grupos de que fazem parte.

Apontamos ainda a extrema atualidade de um movimento que se pretende antimanicomial. É uma luta centralizada na instituição da violência psiquiátrica, mas que pode se estender a outros fóruns da sociedade que enfrentam problemas parecidos no seu setor específico, como no caso dos internatos de menores e as prisões de adultos, passando ainda pelos asilos de idosos.

A observação dos dispositivos grupais, junto da análise das entrevistas, fez com que refletíssemos também sobre as questões que envolvem a permanência das instituições públicas na nossa sociedade diante de um contexto “privatizante”. Gostaríamos aqui de positivar as instituições públicas (hospitais, universidades...) que, ao nosso ver, encontram-se fragilizadas diante do pouco investimento dos governos e da baixa credibilidade diante da população. Apesar de todas as dificuldades pelas quais estão passando, é difícil conceber a implementação das propostas inovadoras no campo da assistência em saúde mental sem o comprometimento dessas.

O crescimento da militância na Reforma Psiquiátrica necessitará das orientações, do conhecimento produzido e da participação política processada nestes espaços. Desta forma, podem sustentar suas lutas e fazer exigências junto ao poder público (intervindo nas formulações das políticas públicas e sociais). Pelo menos, acreditamos que no setor público existe o compromisso, de fato, com a melhoria da qualidade de vida e com a cidadania para todos os membros da sociedade. A reflexão acadêmica, o avanço da ciência e da tecnologia, as experiências consolidadas nos serviços públicos de assistência podem e devem ser aliados desta população, oferecendo instrumentos para se pensar as suas necessidades e modificá-las.

Considerando que mais questões são emergentes neste campo, acreditamos que outros olhares para este estudo poderão complementá-lo nas suas problematizações. Sabemos que muito ainda há de ser feito no campo da saúde mental. Conseqüentemente a participação de usuários, junto dos familiares e técnicos, será cada vez mais essencial para afirmar os novos espaços que são produzidos. Esperamos que sua cidadania continue sendo reconhecida nos espaços assistenciais e nos espaços de intervenção social através de pessoas e grupos comprometidos com a formação do “sujeito de direito” e do “ser cidadão”. Este projeto, sabemos, é de muitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Kátia (1997). Movimentos Sociais: Armadilhas e Escapes na Sociedade de Controle. In: SaúdeLoucura, no. 6 – Subjetividade, pp.92-99. São Paulo: Hucitec.
- ALVES, Domingos Sávio (1996). Originales y Revisiones: Reestructuración de los Servicios de Salud Mental en Brasil. Psiquiatria Publica, vol.8, no.4, julio-agosto, pp. 216- 224.
- ALVES, Domingos Sávio (1999). O “Ex” - Tentando Ver o Futuro. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, pp.21-30. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- AMARANTE, Paulo (1994a). Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. Saúde em Debate, no. 45, pp. 43-46.
- AMARANTE, Paulo (1994b). Asilos, Alienados e Alienistas. Pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica, pp.73-81. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- AMARANTE, Paulo (org.) (1995). Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- AMARANTE, Paulo (1996). O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- AMARANTE, Paulo (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Saúde e Democracia: A Luta do CEBES. (S. Fleury –org.), pp.163-185. São Paulo: Lemos Editorial.
- AMARANTE, Paulo (1999). Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: Fim de Século: Ainda manicômios? (M.I. Fernandes; I.E. Scarcelli e E. S. Costa – orgs.), pp.47-53. São Paulo: IPUSP.
- AMIM, Valéria & FILHO, João Ferreira da Silva (1995). Reabilitação: Da Ergonomia à Clínica. Cadernos do IPUB - Organização do Trabalho e Saúde Mental, vol.1, no.2, pp.93-104. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- AMMANN, Safira Bezerra (1991). Movimentos Sociais: Unidade na Diversidade. Serviço Social e Sociedade, no. 36, ano XII, pp.126-135. São Paulo: Cortez.
- AZEVEDO, Marcello; LUGÃO, Simone & VIDAL, Vandrê Matias (1998). As Margens de um Rio Fluente. Musicoterapia e Psicologia. Songbook e CD Cancioneiros do IPUB (M.

- Azevedo; S. Lugão e V. Vidal – orgs.). Fundação Universitária José Bonifácio, Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- BANDEIRA, Marina; LESAGE, Alain & MORISSETTE, Raymond (1994). Desinstitucionalização: Importância da Infra-Estrutura Comunitária de Saúde Mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.43, no. 12, pp.659-666, dez. Rio de Janeiro.
- BAPTISTA, Luis Antonio (1999a). Histórias do Lixo Urbano. Cidade dos Sábios. In: A Cidade dos Sábios. Reflexões Sobre a Dinâmica Social nas Grandes Cidades, pp. 97-114. Rio de Janeiro: Summus.
- BAPTISTA, Luis Antonio (1999b). Reforma Psiquiátrica e a Presença da Cidade. In: A Cidade dos Sábios. Reflexões Sobre a Dinâmica Social nas Grandes Cidades, pp. 115-130. Rio de Janeiro: Summus.
- BARROS, Denise Dias (1991). Habilitar-Reabilitar...O Rei está Nú? (mimeo).
- BARROS, Denise Dias (1994a). Jardins de Abel. Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP - Lemos Editorial.
- BARROS, Denise Dias (1994b). Cidadania Versus Periculosidade Social: a Desinstitucionalização como Desconstrução de um Saber. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica (P. Amarante - org.), pp.171-194. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- BARROS, Regina D. Benevides de (1994c). Grupo e Produção. In: SaúdeLoucura. Grupos e Coletivos, no.4, pp.145-154. São Paulo: Hucitec.
- BARROS, Regina D. Benevides de (1997). Dispositivos em Ação: O Grupo. In: SaúdeLoucura. Subjetividade, no.6, pp.183-191. São Paulo: Hucitec.
- BASAGLIA, Franco (1973). A Instituição da Violência. In: As Instituições e os Discursos, out./dez., pp.34-71. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.35.
- BASAGLIA, Franco (1979). A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo da Prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates.
- BASAGLIA, Franco (1981). Apuntes para un Análisis de lo Normativo en Psiquiatria. Red de Alternativas a la Psiquiatria, pp.6-12. V Encuentro Internacional y Primero de América Latina, Cuernavaca, México.
- BASAGLIA, Franco (org.) (1985). A Instituição Negada: Relato de Um Hospital Psiquiátrico. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal.



- BASAGLIA, Franco (1988). A Utopia da realidade. Cadernos Polêmicos, no.4. Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, pp.12-22, dezembro. São Paulo.
- BASAGLIA, Franco; ONGARO, Franca Basaglia; CASAGRANDE, Domenico; JERVIS, Giovanni; COMBA, Letizia Jervis; PIRELLA, Agostino; SCHITTAR, Lucio & SLAVICH, Antonio (1994). Considerações sobre uma Experiência Comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante - org.), pp.11-40. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- BECHERIE, Paul (1989). *Os Fundamentos da Clínica - História e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BEZERRA JR, Benilton (1990). Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In: *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil* (S. Tundis e N. Costa - orgs.), 2ª.edição, pp.133-169. Petrópolis: Vozes.
- BEZERRA JR, Benilton (1992). Da Verdade à Solidariedade: a Psicose e os Psicóticos. In: *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica* (B. Bezerra Jr. e P. Amarante - orgs.), pp.31-37. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BEZERRA JR, Benilton (1994). De Médico , de Louco e de Todo Mundo um Pouco. O Campo Psiquiátrico no Brasil dos Anos Oitenta. In: *Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80.* (R. Guimarães e R. Tavares – orgs.), pp.171-191. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BEZERRA JR, Benilton (1999). A Diversidade no Campo Psiquiátrico: Pluralidade ou Fragmentação? Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano., no.14., pp.135-144. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ.
- BIRMAN, Joel (1992). A Cidadania Treloucada. In: *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica* (B. Bezerra Jr. e P. Amarante - orgs.), pp.71-90, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BIRMAN, Joel & BEZERRA JR, Benilton (1994). Saúde Mental. In: *Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80.* (R. Guimarães e R. Tavares – orgs), pp.153-154, Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire (1994). Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante - org.), pp.41-72. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- BLAYA, Marcelo (1962). O primeiro Hospital-Dia Psiquiátrico no Brasil: Análise do seu Funcionamento e de seus Problemas. *Arquivos de Clínica Pinel*, vol.II, no.1, março, pp. 28-33.

- BOBBIO, Norberto (1992). A Era Dos Direitos. 7ª.edição. Rio de Janeiro: Campus.
- BODSTEIN, Regina Cele de A. (1995). Cidadania e Direitos: Dilemas da Questão Social. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- BOLETIM INFORMATIVO DO MOVIMENTO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO (1980). Ano III, no.7, agosto.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO. Projeto de Lei no. 573/91 (Dos Srs. Carlos Minc, Rose Souza e Lúcia Souto).
- CÂMARA DOS DEPUTADOS ESTADUAIS DO RIO DE JANEIRO. Projeto de Lei no. 574/91 (Dos Srs. Carlos Minc, Rose Souza e Lúcia Souto).
- CÂMARA DOS DEPUTADOS FEDERAIS. Projeto de Lei no. 4.688-A, de 1994 (Do Sr. Paulo Delgado).
- CÂMARA DOS DEPUTADOS FEDERAIS. Projeto de Lei no. 3.657, de 1989 (Do Sr. Paulo Delgado).
- CAPLAN, Gerald (1980). Principios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar.
- CAPONI, Sandra (1997). Georges Canguilhem y el Estatuto Epistemológico del Concepto de Salud. História, Ciências, Saúde, vol. 04, ano 2, pp.287-307, jul.-out.
- CARTA DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), de 17 de dezembro de 1991.
- CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, de 1993.
- CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de Carvalho (1997). O Elemento Psychico no Trabalho Humano: a Liga Brasileira de Higiene Mental e o Processo de Produção Discursiva do Campo Trabalho e Higiene Mental no Brasil entre 1925 e 1934. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- CASTEL, Robert (1980). El Orden Psiquiatrico. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- CASTEL, Robert (1994). Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação: Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional. In: Saúdeloucura 4 - Grupos e Coletivos, pp.21-48. São Paulo: Hucitec.
- CASTEL, Robert (1996). Renda Mínima de Inserção e Exclusão. Seminário Internacional Renda Mínima e Exclusão. PUC-SP. Núcleo de Seguridade e Assistência Social, pp.4-7. São Paulo.
- CASTEL, Robert (1997a). As Transformações da Questão Social. In: Desigualdade e Questão Social (M. Belfiore-Wanderley; L. Bógus e M. C. Yazbek - orgs), pp. 161-190. São Paulo: EDUC.

- CASTEL, Robert (1997b). As Armadilhas da Exclusão. In: Desigualdade e a Questão Social (M. Belfiore-Wanderley; L. Bógus e M. C. Yazbek - orgs), pp.15-48. São Paulo: EDUC.
- CASTEL, Robert (1997c). O advento de um Individualismo Negativo. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, v.9, nos. 2 e 3, pp.4-12. Niterói: UFF
- CAVALCANTI, Maria Tavares (1996). A Psiquiatria e o Social. Elementos para uma Discussão. Cadernos do IPUB - Por Uma Assistência Psiquiátrica em Transformação., no. 3, pp. 31-58. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- CHAFFIN, Cássia; PINTO, Lúcia Luiz & ARAÚJO, Doralice (1997). TV Pinel: Focalizando um Outro Lado da Loucura. Revista Saúde em Foco. Saúde Mental. A Ética do Cuidar, anoVI, no.16, nov., pp.07-08. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- CHAMBERLAIN, Judi (1997). Serviços de Saúde Mental Controlados Pelos Próprios Pacientes: Um Sonho? Cadernos do IPUB - Saúde Mental e Desinstitucionalização. Reinventando Serviços., no.7, pp. 121-132. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- CHAMBERLIN, Judi (1998). Entrevista. Informativo do Instituto Franco Basaglia. Ano V, no.13, agosto. pp.5-9. Rio de Janeiro.
- CHAUÍ, Marilena (1988). Prefácio. In: Quando Novos Personagens Entraram em Cena: Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo - 1970-80. (E. Sader), pp.09-16, 2<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CHAUÍ, Marilena (1989). Cultura e Democracia. São Paulo: Cortez.
- COIMBRA, Cecília Maria B. (1994). Cidadania e Processos de Inclusão e Exclusão Social: A Construção da Identidade. Revista do Departamento de Psicologia da UFF, vol.6, nos. 1 e 2, jan./dez. pp.1-18. Niterói: UFF.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1998). Promulgada em 05/10/88 - Obra Coletiva de Autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz T. Pinto e Márcia Cristina V.S. Windt. 18<sup>a</sup>. ed.. São Paulo: Saraiva.
- COOPER, David (1973). Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Perspectiva.
- CORBISIER, Claudia (1992). A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: Psiquiatria sem Hospício. Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. (B. Bezerra Jr. e P. Amarante – orgs.), pp.9-15. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- CORRÊA, Denise de Almeida (1999). Clube da Esquina: Um Programa de Lazer Assistido. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, p.83-88. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- COSTA, Jurandir Freire (1989a). História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Xenox.
- COSTA, Nilson do Rosário (1989b). Transição e Movimentos Sociais: Contribuição ao Debate da Reforma Sanitária. In: Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde Ciências Sociais e Saúde Coletiva. (N. R. Costa.; C. S. Minayo; C. L. Ramos, Célia L. e E. N. Stotz – orgs), vol.1, pp.46-65. Petrópolis: Vozes/Abrasco.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira (1989). Cidades da Ordem. A Doença Mental na República. 1ª edição. Tudo é História 128. São Paulo: Brasiliense.
- DAMATTA, Roberto (1997). A Casa e a Rua. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil. 5ª edição. Rio de Janeiro: Rocco.
- DECLARAÇÃO DE CARACAS (1990). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). (mimeo)
- DELGADO, Pedro Gabriel G. (1992a). Pessoa e Bens: Sobre a Cidadania dos Curatelados, Psiquiatria sem Hospício Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica (B. Bezerra Jr. e P. Amarante – orgs.), pp.99-111. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho (1992b). Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o Debate Legislativo. Revista Saúde em Debate, no. 35, pp. 80-84.
- DELGADO, Pedro Gabriel (1992c). As Razões da Tutela. Rio de Janeiro: Te Corá.
- DELGADO, Pedro Gabriel G. (1996). Cidadania, Saúde e Prática Médica. (mimeo).
- DELGADO, Pedro Gabriel (1997). Apresentação à 1ª edição. Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Estado do Rio de Janeiro, 2a. edição, pp.V-VI. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- DELGADO, Pedro Gabriel (1999a). Atendimento Psicossocial na Metrópole: Algumas Questões Iniciais. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, pp.113-121. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- DELGADO, Paulo (1999b). Uma Rede Contra a Exclusão II. Jornal de Brasília. 19/03. Brasília. Informativo do Mandato do Deputado Federal Paulo Delgado -PT/MG.
- DELL'ACQUA, Giuseppe e MEZZINA, Roberto (1991). Resposta à Crise. In: A Loucura na Sala de Jantar (J. Delgado - org.), pp.53-79. Santos: Edição do Autor.

- DESVIAT, Manuel (1995). Editorial: Dia 10: Dia Mundial de la Salud Mental. Psiquiatria Publica. Vol.7, no.6, nov.-dic., pp.303-304.
- DESVIAT, Manuel (1996). Editorial: Calidad Subjetivas de Vida, Calidad de los Servicios. Psiquiatria Publica, vol.8, no.3, mayo-junio, pp.143- 144.
- DOIMO, Ana Maria (1995). A Vez e a Voz do Popular. Movimentos Sociais e Participação Política no Brasil Pós-70. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ANPOCS.
- ECO, Umberto (1995) Como Se Faz Uma Tese. 12ª.edição. São Paulo: Perspectiva.
- FAGUNDES, Hugo Marques & LIBÉRIO, Madalena Amado. (1997). A Reestruturação da Assistência na Cidade do Rio de Janeiro – Estratégias de Construção e de Desconstrução. Revista Saúde em Foco Saúde Mental. A Ética do Cuidar, anoVI, no.16, nov., pp.30-35. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- FAGUNDES, Sandra (1992). Saúde Mental Coletiva: A Construção no Rio Grande do Sul. In: Psiquiatria sem Hospício. Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. (B. Bezerra Jr. e P. Amarante – orgs.), pp. 57-68. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- FALEIROS, Vicente de Paula (coord.); BECKER, Maria Josefina; TEIXEIRA, Elisete; SOUZA, Maria de Fátima Guerra & RIBEIRO, Maria José (1992). Documento: Identidade/Coletivo/Cidadania. Relatório do II Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua de Brasília - 26 a 29/09/89. Serviço Social e Sociedade. No. 39, ano XIII, pp.144-147. São Paulo: Cortez.
- FARIAS, Laelza (1999). JORNAL DO PSICÓLOGO - CRP15 – agosto. Maceió.
- FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge de J. (1989). A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências dos Sistemas de Saúde. Planejamento e Políticas Públicas, no. 3 (texto para discussão no.216). Rio de Janeiro: UFRJ/IEI.
- FEIJÓ, Martin Cezar (1986). O que é Política Cultural. Coleção Primeiros Passos, 3ª.ed. São Paulo: Editora Brasiliense.
- FERNANDES, Graça (s/d). A Organização do Movimento de Usuários no Brasil. (mimeo).
- FERNANDES, Graça (1991). Estar Louco Não é Estar à Margem. Rio de Janeiro. (mimeo).
- FERNANDES, Graça (1992). Apresentação. In: Do Hospício à Comunidade: Mudança Sim; Negligência Não (E. M. Vasconcelos), pp. 9-10. Belo Horizonte: SEGRAC.

- FERNANDES, Graça (1996). O Averso da Vida. Como Pode a Assistência se Transformar? Cadernos do IPUB - Por Uma Assistência Psiquiátrica em Transformação., no. 3, pp.9-13. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- FERNANDES, Graça (1997). Habitante de Lugar Nenhum. Revista Saúde em Foco. Saúde Mental. A Ética do Cuidar, anoVI, no.16, p.29, nov. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- FERNANDES, Graça (1998). De Perto Ninguém é Normal. Nós, as Loucas. Revista Marie Claire, p.69-74. Reportagem: Silvia Carone.
- FERNANDES, Rubem César (1994). Privado porém Público: O terceiro Setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- FERRREIRA, Gina (1999). As Instâncias Sociais na Prática Psiquiátrica: Uma Questão Ética. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do cotidiano, no. 14, pp.76-81. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- FILHO, João Ferreira da Silva (1990). A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental. Cidadania e Loucura. In: Políticas de Saúde Mental no Brasil (S. Tundis e N. Costa - orgs.), 2ª.edição, pp. 75-102. Petrópolis: Vozes.
- FILHO, Naomar de Almeida (1983). Crítica à Proposta da Psiquiatria Preventiva. Informação Psiquiátrica, vol.4, no.4, pp.71-76, Out/nov./dez.
- FIORI, José Luís (1996). Aos Condenados da Terra, o Equilíbrio Fiscal. Neoliberalismo e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: UERJ, IMS.
- FLEURY, Sônia (1991). Bases Sociais para a Reforma Sanitária no Brasil. I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde. Divulgação em Saúde para Debate. Junho, pp.08-10. Londrina: CEBES.
- FORRESTER, Viviane. (1997). O Horror Econômico. São Paulo: Unesp.
- FOUCAULT, Michel (1961). Prefácio à 1ª.edição francesa da História da Loucura na Idade Clássica (1960). Tradução de Izabel Christina Friche Passos.
- FOUCAULT, Michel (1989). História da Loucura. 2ª. edição. São Paulo: Perspectiva.
- FREIRE, Milton (1989). 10 Anos Internado Num Hospício. Revista Mulher de Hoje, p.10. Reportagem de Maria Valéria Martins.

- FURTADO, Juarez Pereira & PACHECO, Ricardo Azevedo (1997). Moradias Extra-Hospitalares em Campinas: Reflexões Sobre Uma Experiência. In: O Campo da Atenção Psicossocial - Anais do 1º. Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (A . T. Venâncio; M. E. Leal e P. G. Delgado – orgs.), p.85-94, Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.
- GALLIO, Giovanna & CONSTANTINO, Maurizio (1994). François Tosquelles. A Escola de Liberdade. Saúde e Loucura. Grupos e Coletivos, no. 4, pp. 85-128. São Paulo: Hucitec.
- GASPAR, Sidney Costa (1988). A Luta Antimanicomial. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Boletim da Coordenação Nacional. Nov./dez.
- GIOVANELLA, Ligia e AMARANTE, Paulo (1994). Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica (P. Amarante – org.), p.113-147. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GOLDBERG, Jairo (1996). Clínica da Psicose: um Projeto na Rede Pública, 2ª.edição. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.
- GOMES, Angela de Castro (1994). A Invenção do Trabalhismo, 2ª.edição. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- GOMES, Maria Paula Cerqueira (1999). A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- GUATTARI, Félix (1991). Linguagem, Consciência e Sociedade. In: Saúdeloucura, no.2, pp. 03-17. São Paulo: Hucitec.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota (1992). Metodologias Qualitativas na Sociologia. 3ª.edição. Petrópolis: Vozes.
- INCUBADORA TECNOLÓGICA DE COOPERATIVAS POPULARES DA UFRJ (s/d). O que é a Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares? (mimeo)
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA – 10 anos (material de divulgação)
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA (1997). Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Estado do Rio de Janeiro. 2a.edição. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- JACOBI, Pedro (1988). Ação Coletiva, Atores Sociais e Cultura Política. Serviço Social e Sociedade. No. 28, ano IX, pp.48-69. São Paulo: Cortez.
- JORNAL DIÁRIO DE BAURU. Pelas Ruas da Cidade, Congressistas defendem o Fim do Manicômio. Em: 06/12/87. Bauru.

- JORNAL DO BRASIL. Burocratas na Mira. Ganha Força no Brasil um Movimento de Profissionais de Saúde Mental pelo Fechamento dos Hospícios. Em: 04/06/89. Reportagem: Marília Martins. Rio de Janeiro.
- JORNAL DO BRASIL. Na Esquina da Cultura com a Cidadania. Em: 08/08/97. Reportagem: Cláudio Cordovil. Rio de Janeiro.
- JORNAL DO BRASIL. O estigma da Loucura – Desfile da Porto da Pedra leva para a rua a discussão sobre a integração social do doente mental e ajuda a demolir o preconceito. Em: 16/02/97. Reportagem: Cláudio Cordovil. Rio de Janeiro.
- JORNAL O GLOBO. País Começa a Acabar com os Manicômios. Em: 03/02/91. Reportagem: Fernando Godinho, Fanny Zigband e José Lima. Rio de Janeiro.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil (A. Pitta - org.), pp. 55-59. São Paulo: Hucitec.
- KORNIS, George E. & ROCHA, Paulo de M. (1996). A Saúde no Brasil dos “Tucanos”: Quo Vadis? Rio de Janeiro: UERJ/ IMS.
- LANCETTI, Antônio (1989). Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental. In: SaúdeLoucura, no.1, pp.75-89. São Paulo: Hucitec.
- LANCETTI, Antônio (1991). Loucura Metódica. In: SaúdeLoucura, no. 2, pp.139-147. São Paulo: Hucitec.
- LANCETTI, Antônio (1994a). Clínica Grupal com Psicóticos. In: SaúdeLoucura. Grupos e Coletivos, no.4, pp.155-171. São Paulo: Hucitec.
- LANCETTI, Antônio (1994b). A Casa de Inverno. In: SaúdeLoucura, no.4, pp.71-84. São Paulo: Hucitec.
- LE GOFF, Jacques (1986). A História do Quotidiano. In: História e Nova História, pp.73-82. Lisboa: Teorema.
- LEAL, Erotildes Maria (1994). A Noção de Cidadania como Eixo da Prática Clínica: Uma Análise do Programa de Saúde Mental em Santos. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LEAL, Erotildes Maria (1997). O Debate sobre a “Natureza” da Clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: O Campo da Atenção Psicossocial (A. T. Venâncio; E. M. Leal e P. G. Delgado - orgs.), pp.191-203. Anais do 1º. Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.



- LEAL, Erotildes Maria (1999). Tudo está em seu Lugar? Da Importância de Irmos Além dos Princípios Gerais na Discussão da Prática dos Serviços-Dia. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, pp.47-54. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- LEGISLAÇÃO PSQUIÁTRICA - Decreto no. 24.559 de 3 de julho de 1934.
- LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana & ROTELLI, Franco (1995). La Empresa Social. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- LEVAV, I.; SARACENO, B.; UZCÁTÉGUI, González R. (1996). Artículo Especial: La Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Psiquiatria Publica, vol.8, no.4, pp.207- 215, julio-agosto.
- LOBOSQUE, Ana Marta (1997). Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos. São Paulo: Hucitec.
- LOUGON, Mauricio (1993). Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: Uma Perspectiva Crítica. Physis – Revista de Saúde Coletiva, vol.3, no. 2, pp.137-164.
- LOUGON, Mauricio & ANDRADE, Márcia Schmidt de (1995). O Movimento dos Usuários e Trabalhadores em Saúde Mental: Uma Perspectiva Histórica e Internacional Comparada. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (10), pp. 515-518.
- LUZ, Madel Therezinha (1994a). A História de Uma Marginalização: A Política Oficial de Saúde Mental. Ontem, Hoje, Alternativas e Possibilidades. In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. (P. Amarante - org.), pp.85-95. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- LUZ, Madel Therezinha (1994b). As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80. (R. Guimarães e R. Tavares – orgs.), pp. 131-152. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- MACEDO, Zedyr (1996). Revista Saúde Mental Debate, no.1, p.09-10, abril.
- MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes (1996). O que é Cidadania. Coleção Primeiros Passos. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense.
- MARSHALL, T. H. (1967). Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni (1987). Os Cidadãos e os Loucos no Brasil. A Cidadania como Processo. In: Saúde mental e cidadania (R. Marsiglia; D. A. Dallari; J. F. Costa; F. D. M. Moura; F. D. Neto; R. T. Kinoshita e A. Lancetti - orgs.). 2ª.ed., pp.13-43. São Paulo: Mandacaru. Plenário de Trabalhadores em Saúde mental do Estado do Rio de Janeiro.

- MELO, Walter; SOUZA, Ana Cristina M. de; SANTOS, Suenya & VELOSO, Sandra Maria da Graça F. (1998). Direitos Humanos e Saúde Mental: o Projeto S. O. S. do Instituto Franco Basaglia (mimeo).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (1994a). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) (1994b). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 3ª edição. Petrópolis: Vozes.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde. Secretaria Geral/Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde - Sesus. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE/ COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL (1994). Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília - DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Oitava ( 8ª) Conferência Nacional de Saúde (1986). RELATÓRIO FINAL. 17 a 21 de março. Brasília. (mimeo).
- MONNERAT, Teresa (1999). Trabalho Autônomo, Cooperativas e Rede de Relações Sociais. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, pp. 89-91. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL (1988). Vitória, 01/10. Retrocesso no Atacado. (mimeo).
- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL - 10 anos. Cidadania e Loucura (1989). 13 de junho. (mimeo). Rio de Janeiro.
- MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (1988). Boletim da Coordenação Nacional. Nov./dez..
- NELMAN, Jonas; LANCETTI, Antônio & NICÁCIO, Fernanda (1988). Ambulatórios de Saúde Mental: Do Manicômio ao Laboratório. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Boletim da Coordenação Nacional. Nov./dez.
- NEVES, Claudia E. Abbês Baêta (1997). Sociedade de Controle, o Neoliberalismo e os Efeitos de Subjetivação. In: SaúdeLoucura 6 – Subjetividade, 84-91. São Paulo: Hucitec.
- NICÁCIO, Maria Fernanda (1989). Da Instituição Negada à Instituição Inventada. In: SaúdeLoucura, no.1, pp.9-15. São Paulo: Hucitec

- OLIVEIRA, Edmar; ALBUQUERQUE, Patrícia & ALMEIDA, Neli de (1999). Apresentação. Cadernos do IPUB - Práticas Ampliadas em Saúde Mental: Desafios e Construções do Cotidiano, no.14, pp.151-153. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- OLIVEIRA, Jaime A. (1989). Reformas e Reformismos: para uma Teoria Política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Ciências Sociais e Saúde Coletiva, vol.1, pp.14-41. (N. Costa.; C. Minayo, C. L. Ramos, Célia L. e E. Stotz), Petrópolis: Vozes/Abrasco.
- ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (1994). Orientação para Constituição de Cooperativa. 6ª edição. Brasília.
- ÓRGÃO DO PLENÁRIO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (1987). O Mentaleiro, ano I, no. 2, junho.
- PEIXOTO, Geraldo (1997). Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica: O Papel dos Familiares. In: O Campo da Atenção Psicossocial (A. T. Venâncio; E. M. Leal e P. G. Delgado – orgs.), pp.271-274. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.
- PELBART, Peter Pál (1991). Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura. In: SaúdeLoucura, no.2. São Paulo: Hucitec, pp.131-138.
- PITTA, Ana Maria Fernandes (1994). Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.43, no. 12, p.647-654, dezembro.
- PITTA, Ana Maria Fernandes & DALLARI, Sueli Gandolfi (1992). A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil. Saúde em Debate, no.36, pp.19-23.
- PITTA, Ana Maria Fernandes (1996). O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: Reabilitação Psicossocial no Brasil (A. Pitta - org.), pp.19-26. São Paulo: Hucitec.
- REGO, Bianca I. A.; MACHADO, Cinthia C.; ARAÚJO, Flávia S.; GOMES, Joanne N. S.; PINTO, Karina P. & SOUZA, Rafaelle T. (1998). Reflexões acerca do Trânsito Livre da Loucura pelas Ruas da Cidade do Rio de Janeiro. (mimeo).
- REVISTA ATENÇÃO (1996). Afinal, quem não é? Ano 2, no. 5. Reportagem: Jayme Brener.
- RESENDE, Heitor (1990). Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. (S. Tundis e N. Costa - orgs.), 2ª.edição, pp.15-74. Petrópolis: Vozes.

- ROCHAEL-PASCIUTTI, Jacyara C. (1997). Pensando a Desinstitucionalização: Alguns Aspectos Institucionais e das Representações Sociais. *Cadernos do IPUB - Saúde Mental e Desinstitucionalização. Reinventando Serviços.*, no.7, pp.96-119. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.
- ROTELLI, Franco (1990). A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização, Uma Outra Via.* In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio - org.), pp.89-99. São Paulo: Hucitec.
- ROTELLI, Franco (1991). A lei 180 da Reforma Psiquiátrica: Os Problemas na sua Aplicação. *Divulgação em Saúde para Debate. I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde.* Salvador/BA, junho, pp:119-122.
- ROTELLI, Franco (1992a). A lei 180 e a Reforma Psiquiátrica Italiana. Entrevista com Franco Rotelli/Paulo Amarante. In: *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica* (B. Bezerra Jr. e P. Amarante - orgs.), pp.91-97. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- ROTELLI, Franco (1992b). *Empresa Social: construindo sujeitos e direitos.* (mimeo).
- ROTELLI, Franco (1994). Superando o Manicômio - O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante - org.), pp.149-169. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- ROTELLI, Franco & AMARANTE, Paulo (1992). Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos Históricos e Metodológicos. In: *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica* (B. Bezerra Jr. e P. Amarante - orgs.), pp. 41-55. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, OTA de & MAURI, Diana (1990). Desinstitucionalização, Uma Outra Via. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio - org.), pp. 17-59. São Paulo: Hucitec.
- RUSSO, Jane A. (1997). Os Três Sujeitos da Psiquiatria. *Cadernos do IPUB - Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*, nº 8, pp. 11-21. Rio de Janeiro: IPUFRJ.
- SADER, Eder (1995). *Quando Novos Personagens Entraram em Cena: Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo - 1970-80.* 3ª. Reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SADER, Emir; ANDERSON, Perry; THERBORN, Goran; BORÓN, Atilio & SALAMA, Pierre (1998). A Trama do Neoliberalismo. Mercado, Crise e Exclusão Social. In: *Pós-Neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático* (E. Sader e P. Gentili – orgs.), pp.139-180, 4ª edição. São Paulo: Paz e Terra.

- SANTOS, Boaventura de Sousa (1998a). Reinventar a Democracia. Cadernos Democráticos. Lisboa: Gradiva.
- SANTOS, Milton (1998b). O Espaço do Cidadão. 4ª edição. São Paulo: Nobel.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos (1979). Cidadania e Justiça. A Política Social na Ordem Brasileira. Rio de Janeiro: Campus.
- SARACENO, Benedetto (1996). Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil (A. Pitta - org.), pp.13-18. São Paulo: Hucitec.
- SARACENO, Benedetto (1999). Libertando Identidades. Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.
- SINGER, Paul (1999). Globalização e Desemprego. Diagnóstico e Alternativas. 3ª edição. São Paulo: Contexto.
- SOUZA, Herbert José de (1987). Como se faz Análise de Conjuntura. 5ª edição. Petrópolis: Vozes.
- SOUZA, Herbert de (1999a). Democracia e Cidadania. Colônia News. Ano 1, no.3, set. .
- SOUZA, Waldir da Silva (1999b). Associações de Usuários e Familiares Frente à Implantação da Política de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro (1991-1997). Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- VALLA, Victor Vincent (1996). Movimentos Sociais, Educação Popular e Intelectuais: Algumas Questões Metodológicas. (mimeo).
- VALLA, Victor Vincent & STOTZ, Eduardo Navarro (1991). Participação Popular e Saúde. 2ª edição. Petrópolis: CDDH/CEPEL.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão (1992). Do Hospício à Comunidade: Mudança Sim; Negligência Não. Belo Horizonte: SEGRAC.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão (1999a). Dispositivos Residenciais no Contexto da Reforma Psiquiátrica: A Revisão da Tipologia e dos Principais Desafios Políticos, Teóricos, Estratégicos e Práticos. (mimeo).
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão (1999b). Militância Política-Institucional, Defesa de Direitos e Suporte Mútuo em Saúde Mental. (mimeo).
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão (1999c). Reinvenção da Cidadania e 'Empowerment' no Campo da Saúde Mental, e a Estratégia Política no Movimento de Usuários. (mimeo).

- VENÂNCIO, Ana Tereza; LEAL, Erotildes Maria & DELGADO, Pedro Gabriel (orgs.) (1997). *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.
- VENTURINI, Ernesto (1995). Prefácio. In: *Loucos Pela Vioda. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. (P. Amarante – org.), pp.15-19. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- VIEIRA, Liszt (1997). *Cidadania e Globalização*. Rio de Janeiro: Record.
- WANDERLEY, Alexandre A. R.; CORRÊA, Denise; FARIA, Márcia Pache de & MONNERAT, Teresa (1997). Cooperativismo e Saúde Mental: uma experiência possível? In: *O Campo da Atenção Psicossocial*. (A. T. Venâncio; E. M. Erotildes e P. G. Delgado - orgs.), pp.213-220. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia.
- WEINGARTEN, Richard (1997). Entrevista com Richard Weingarten. (mimeo).
- ZUSMAN, José Alberto (1992). Hospital-Dia: Uma Perspectiva Histórico-Crítica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.41, no. 08, pp.393-398, setembro.

**ANEXO**

## **ESQUEMA DAS PERGUNTAS PARA OS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

### **I) Perfil**

1. Idade.
2. Escolaridade.
3. Profissão.
4. Com quem reside?
5. Como se mantém financeiramente?

### **II) Histórico do Tratamento Psiquiátrico**

1. Já foi internado alguma vez/ Quantas vezes?
2. Quando começou seu tratamento em um serviço-aberto (Hospital-dia, Centro-Dia, CAPS,NAPS)?
3. Acha que precisa de tratamento específico? Você sabe qual é seu diagnóstico? Atualmente se trata aonde (serviço, ambulatório)?

### **III) Reflexão sobre o Campo Atual da Saúde Mental**

1. O que é para você a Reforma psiquiátrica? Qual a sua expectativa em relação ao futuro da reforma psiquiátrica no Brasil?
2. Qual a conquista mais importante para o usuário de saúde mental na sociedade?
3. Como você prefere ser chamado: de paciente, usuário ou de outra forma? Porquê?
4. Como soube da cooperativa/núcleo? E por que está participando?
5. Há quanto tempo você participa da cooperativa/ núcleo? Você se sente responsável pela cooperativa/núcleo?
6. Tem outra atividade fora da cooperativa/núcleo?
7. Você acha que alguma coisa mudou na sua vida desde sua entrada no serviço X e na cooperativa/núcleo?

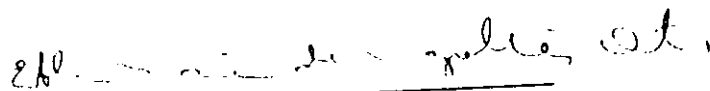
### **IV) Considerações Sócio-Políticas do Usuário**

1. Em algum momento da sua vida você já se sentiu excluído da sociedade? Tem vivido algum tipo de preconceito?
2. Você acha que a cooperativa/núcleo deve funcionar dentro do hospital? Porque?

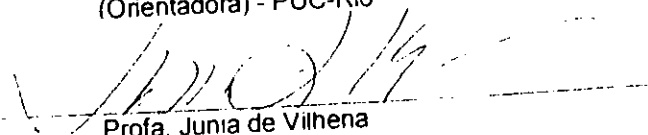


3. Que tipo de espaço é a cooperativa/núcleo para você? O que para você a cooperativa/núcleo tem de bom? E o que tem de negativo?
4. Como está a relação com sua família, parentes, amigos, comunidade?
5. Você se sente inserido na sociedade?
6. O que é para você a cidadania? Você se considera um cidadão?
7. Por quais direitos os usuários devem lutar?
8. Como você vê a sua vida nos últimos tempos?
9. Com quem você pode contar, pedir ajuda quando você está com algum problema?
10. Você tem projetos para o futuro?

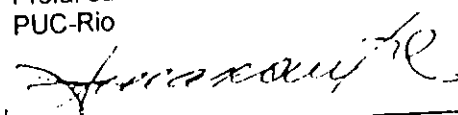
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Ana Carla Souza Silveira, intitulada "Reformando a vida: O desafio na inserção social e na construção da cidadania de usuários de saúde mental", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Esther Maria de Magalhães Arantes  
(Orientadora) - PUC-Rio

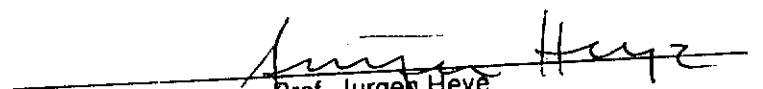


Prof. Junia de Vilhena  
PUC-Rio



Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante  
FIOCRUZ

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro, 23.1.02/2000.



Prof. Jürgen Heye  
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas