

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Formação Política dos integrantes de uma Associação de
Usuários de um Serviço de Saúde Mental**

Jeferson Rodrigues

Florianópolis, dezembro de 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Formação Política dos integrantes de uma Associação de
Usuários de um Serviço de Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem - área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dr. Jonas Salomão Spricigo

Co-orientador: P.h.D. Eduardo Mourão Vasconcelos

Florianópolis, Dezembro de 2005.

Ficha Catalográfica

R131f Rodrigues, Jeferson

Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental / Jéferson Rodrigues. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2005.

158p. il.

Inclui bibliografia.

1. Formação Política. 2. Saúde Mental. 3. Associação de Usuários. 4. Transformação Social. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

CDU – 616.89

**FORMAÇÃO POLÍTICA DOS INTEGRANTES DE UMA ASSOCIAÇÃO DE
USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Jeferson Rodrigues

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 21 de dezembro de 2005, atendendo as normas de legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Dr. Jonas Salomão Spricigo
Presidente

Dra. Mariestela Stamm
Membro

Dr. Mário A. Teixeira
Membro

Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Suplente

Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Suplente

Dda. Rosângela Maria Fenili
Membro em Formação

AGRADECIMENTOS

À vida... que por seus complexos movimentos de sutileza, bravura e simplicidade, nos permite a possibilidade de escolhas.

e

Às pessoas que fazem da vida a luz para seu sentido de viver.

RODRIGUES, Jeferson. **Formação Política dos integrantes de uma Associação de Usuários de um Serviço de Saúde Mental**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis–SC.

RESUMO

Trata-se de estudo que faz análise crítica e reflexiva de uma prática assistencial que propõe a formação política de integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental. Os integrantes do estudo foram pessoas que participam da associação de usuários, que convivem diariamente com o transtorno mental, cuja história de vida é marcada pela experiência da crise. Apóia-se no referencial teórico metodológico de Paulo Freire e nas teorias que informam o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Utilizou-se a metodologia problematizadora cujo objetivo visa aumentar a capacidade do indivíduo em se tornar um participante e um agente de transformação social, desenvolver no e com o indivíduo a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar suas problemáticas, bem como recursos disponíveis e encontrar formas de organização para uma ação coletiva de resposta. Foram obedecidos os passos do Arco da Problematização de Magueréz: observação da realidade, situação problema, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e as aplicações da realidade. Estes passos permitiram a aproximação com o contexto e a realidade individual e do grupo, contribuíram para a troca de informações, reflexões e construção de propostas de ações para as situações problemas encontrados. Foram abordadas as seguintes situações problemas: Formação Política; Direitos e Legislação no campo da Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Controle Social; Relações de Poder; Organização Política de Usuários no Contexto da Saúde Mental; Teoria e Prática no campo da Saúde Mental. Nesta perspectiva, a construção de uma proposta de formação política em saúde mental baseia-se na premissa do respeito a sua especificidade, na clareza que o conceito deste processo tem para o grupo envolvido e de que forma este faz sentido na vida dos participantes. Para a formulação do processo da formação política é indicado planejá-la esta diante dos objetivos que se pretenda alcançar. Formação Política em Saúde Mental é uma prática reflexiva que busca desenvolver a consciência crítica por parte do usuário ou cidadão para objetivos a serem desenvolvidos de acordo com sua necessidade ético-político e existencial, contribuindo para militância e participação política, para o exercício da cidadania inventiva, da defesa de direitos e na intervenção no serviço de saúde mental, entre outros.

Palavras Chave: Formação Política; Associação de Usuários; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study refers to a critical and reflexive analysis of an assistential practice that provides a political formation of the integrants of an association of a mental health service. The study's participants were users of the association who have had daily experiences related to mental disorders and which histories are scared by the experiences originated by the crisis. It has its base on the theoretical methodological reference of Paulo Freire and the theories that inform the process of the Brazilian Psychiatric Reform. It was used the problematical methodology which objective is to reinforce the individual's capacity of become a participant and an agent of social transformation, to develop in and with the individual the capacity to observe the immediate reality, to detect his difficulties, as well as available tools and find ways of organization to promote a group action of response. The steps of the Arco da Problematizacao of Magueres were followed: reality observation, problem situation, key points, theorization, solution hypothesis and reality applications. These steps allowed the approximation among the context and the individual and group's reality, contributed to exchanging of information, reflexions and construction of action proposals related to the problem-situation found. The following problem-situations were approached: Political Formation; Rights and Legislation in the Mental Health Segment; Psychiatric Reform; Social Control; Relationships of Power; Political Organization of Users in the Mental Health Context, Theory and Practice in the Mental Health Segment. Looking through this perspective, the construction of a proposal of political formation in mental health is based on the respect for its specificity, the clarity that the concept of this process has to the group involved and how it makes sense in the participant's life. To stimulate the process of political formation it is indicated to create a solid plan and be aware of the objectives that are aimed to achieve. Political Formation in Mental Health is a reflexive practice that aims to develop critical consciousness by the user or citizen towards the objectives that will be developed according to the ethical-political and existential necessity, contributing to political dedication and participation, the implementation of citizenship, defense of rights and intervention in the mental health service, and others.

Key Words: Political Formation; Users' Association; Mental Health.

RESUMEN

Tratase de un estudio que hace un análisis crítico y reflexivo de una práctica asistencial que se propone a la formación política de integrantes de una asociación de usuarios de un servicio de salud mental. Los integrantes del estudio han sido personas que participan de la asociación de usuarios y que conviven diariamente con el sufrimiento mental, cuya historia de vida es marcada por la experiencia de crisis. Apoyase en el referencial teórico-metodológico de Paulo Freire y en las teorías que informan el proceso de Reforma Psiquiátrica Brasileña. Se ha utilizado la metodología problematizadora, cuyo objetivo es de aumentar la capacidad del individuo en tornarse un participante y un agente de transformación social, desarrollar en el y con el individuo la capacidad de observar la realidad inmediata o circundante, detectar sus problemas, así como los recursos disponibles y encontrar las formas de organización para una acción colectiva de respuesta. Han sido obedecidos las premisas del Arco de la Problematización de Maguerez: observación de la realidad, situación problema, pontos clave, teorización, hipótesis de solución y las aplicaciones de la realidad. Estos pasos han permitido la aproximación con el contexto y la realidad individual y del grupo, han contribuido para el intercambio de informaciones, reflexiones y construcción de propuestas de acciones para las situaciones problemas encontradas, siendo ellas: Formación Política; Derechos y Legislación en Salud Mental; Reforma Psiquiátrica; Controle Social; Relaciones de Poder; Organización Política de Usuarios en el Contexto de Salud Mental; Teoría e Práctica en Salud Mental. La construcción de una propuesta de formación política en salud mental se ha basada en la premisa del respeto a su especificidad, en la clareza que el concepto de esto proceso tiene para el grupo y de que forma ello les hace a los usuarios un sentido en su vida. Para la formulación del proceso de formación política es indicado planearla delante de los objetivos que se pretenda buscar. Formación Política en Salud Mental es una práctica reflexiva que busca desarrollar una consciencia crítica por parte del usuario o ciudadano para objetivos de acuerdo con su necesidad ético-política y existencial, contribuyendo para la militancia y participación política, para el ejercicio de la ciudadanía inventiva, de la defensa de los derechos y la intervención en el servicio de salud mental, entre otros.

Palabras Clave: Formación Política; Asociación de Usuarios; Salud Mental.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Problemática	1
1.2. Contextualização	3
1.3. Justificativa.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo Geral	6
2.2. Objetivos Específicos	6
3. REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1. Associações no Âmbito da Saúde Mental	7
3.1.1. Influências e origens nas e das associações em saúde mental	10
3.1.2. Representações através de associação	11
3.2. Formação Política.....	15
3.2.1. Características do curso de formação política do MSZL	20
4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	23
4.1. Reforma Psiquiátrica (RP).....	23
4.1.1. As dimensões da RP	26
4.2. Educação Libertadora Paulo Freire.	28
4.2.1. Educação libertadora	29
4.2.2. Influências	29
4.2.3. O Método da Educação Popular Sistematizada por Paulo Freire.....	30
4.3. Método Problematizador	30
5. PERCURSO METODOLÓGICO	32
5.1. Caracterização do Estudo	32
5.2. Contexto do Estudo	33
5.3. Espaço Físico	34
5.4. Sujeitos do Estudo.	34
5.5. Registro da Prática Assistencial	35
5.6. Obtenção das Informações e Análise.....	35
5.7. Aspectos Éticos.	35
6. A PRÁTICA ASSISTENCIAL REALIZADA E ANALISADA	36
7. FORMAÇÃO POLITICA EM SAÚDE MENTAL – REFLEXÕES	95
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
9. REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	118
ANEXOS.....	122

Sonho impossível

Sonhar
Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar esse mundo
Cravar esse chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã, se esse chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu delirar
E morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão

J. Darion - M. Leigh
versão de Chico Buarque e Ruy Guerra

1. INTRODUÇÃO

Nossas escolhas são nossa mensagem de Vida.

1.1. Problemática

Incluir-se num tema e tentar aprofundá-lo requer alguma motivação. Assim, os percursos que precedem e conformam este projeto refletem uma inquietação diante da vulnerabilidade à qual fica exposta a pessoa “enlouquecida”. Conforme Barros (2004), as manifestações da dor e do sofrimento dão lugar a interpretações e reações que envolvem e põem em discussão as relações sociais e as formas de sua reprodução; criam redes de solidariedade e busca de saberes; instituem lugares de poder e compõem parte das maneiras através das quais uma sociedade ocupa o espaço e desenha as formas de seu existir.

Enquanto estas interpretações vão se constituindo, a pessoa “louca” poderá conhecer diferentes itinerários, quais sejam: ser acolhida, cuidada e reinserida nas esferas das relações sociais; poderá ser tratada sem conseguir uma inserção total permanecendo aos cuidados de um parente ou amigo; poderá, ainda, ser aprisionada em casa ou ser deixada errante sendo, nesses casos, encontrada nos mercados, nos povoados e nas estradas (BARROS, 2004).

Por sua vez, a sociedade, não conseguindo incluir o louco^{*}, lança mão da chancela do saber científico para justificar o seu lugar, geralmente um lugar de exclusão. E o que a ciência sabe, hoje, em relação ao fenômeno da loucura? Seria sonhador acreditar que a loucura possa constituir um fenômeno de alteridade radical que estabelece uma forma distinta de ser e estar no mundo? Qual o problema com a loucura? Por que ninguém agüenta o louco por perto? Por que ela produz comportamentos inaceitáveis? Por que a ciência não a explica? O louco, por sua vez percorre diversos itinerários, desde ser acolhido até ser totalmente desprezado. Talvez o autor deste trabalho seja um idealista por acreditar que os loucos possam ser os protagonistas de processos revolucionários, por crer que eles possam romper com o

* Empregamos este termo por entender que o mesmo sintetiza o estigma ligado àqueles assim identificados, portanto, não é um correlato de transtorno mental.

preconceito, com os estigmas na relação sociedade/loucura e suscitar novas relações, onde a sociedade aceite e conviva com a loucura, onde a sociedade veja que a loucura faz parte da própria sociedade e não confine os loucos sozinhos com suas loucuras.

Geralmente a resposta a um problema é o nível de conhecimento que dele temos. Assim, o que conhecemos de loucura e sociedade nos aponta algumas respostas às questões.

Estas indagações acompanham minha trajetória pessoal e acadêmica, e tenho vivenciado que é possível transformar as relações da sociedade com a loucura e vice versa.

Estimulado intensamente pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, por motivações advindas de ter estado, como enfermeiro, engajado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por ter realizado a Especialização em Atenção Psicossocial e discutido com os usuários sobre a percepção deles em relação à associação de usuários e ainda, por ter participado de Conferências de Saúde Mental (2001 e 2002), da militância¹ no Fórum Catarinense de Saúde Mental (2001, 2002 e 2003), do VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial como delegado (2003) e, mais recentemente ter sido representante de entidades profissionais no Colegiado de Políticas Públicas em Atenção Psicossocial junto a Coordenação Estadual de Saúde Mental/SC percebi, refleti, discuti e tenho a crença que a formação política pode ser uma estratégia para alcançar a tão sonhada transformação e o tão inspirado, respirado *empowerment*².

Participando desses momentos pude constatar o fato de que poucos usuários se fazem presentes no momento de articulações políticas. No momento de negociar com familiares e profissionais a formulação de diretrizes assistenciais, a expressão de lideranças dos usuários é quase inexistente.

Após concluir o Curso de Especialização em Atenção Psicossocial, com a monografia: Associação dos Usuários do NAPS-Ponta do Coral³: desvelando sua significação (RODRIGUES, 2004) pude perceber e comprovar a desmobilização política, a pouca participação nas reuniões da associação e a falta de uma articulação, por parte dos integrantes

¹ Utilizaremos militância no decorrer deste trabalho, como expressa Vasconcelos (1999a) ao dizer que esta implica a ação política em grupos e instituições, por parte de trabalhadores, usuários e familiares, visando aumentar a sua organização, a divulgação de seus interesses na sociedade e/ou encaminhamento de reivindicações, e de ações formais de defesa de direitos e de interesse na sociedade como um todo.

² Empowerment entendido como ‘aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social’, Vasconcelos (2003: 20). No presente trabalho, com o mesmo significado utilizaremos o termo “empoderamento” também.

da associação, em torno de órgãos legisladores, formuladores de políticas públicas em saúde e saúde mental e de outras entidades da sociedade civil.

Nesse sentido, o investimento na temática formação política visa superar estas delimitações, e esta dissertação descreve este processo.

1.2. Contextualização

As contestações ao modelo assistencial psiquiátrico convencional e a busca por novas formas de cuidar daqueles tidos como loucos se expressam com maior vigor e visibilidade, no Brasil, nos fins da década de 70, do século passado. Amarante (1998) nos convida a passear por caminhos onde contextualiza e inter-relaciona a luta de um processo intitulado Reforma Psiquiátrica que tenta libertar a loucura do enquadramento de um modelo assistencial medicalizante que confina e estigmatiza.

Esta nova forma de conceber a loucura, liberando-a ou acrescentando outras abordagens que não somente a médica, é tarefa que exige o engajamento, não só dos profissionais da área, mas também dos usuários dos serviços de saúde mental e da sociedade como um todo, pois, antes de ser somente uma nova forma de assistência, é a busca de um lugar para o louco na sociedade que não seja a estigmatização e a exclusão.

Oliveira (2004) se aproxima deste pensamento ao assinalar que um dos maiores méritos do processo da Reforma Psiquiátrica é trazer a discussão e a prática da saúde mental para o interior da comunidade, para que haja uma prática de convivência. Porém, são necessárias para o autor ações identificadas com os movimentos sociais, por estes expressarem e reivindicarem em sua essência, as formas de opressão, de críticas e lutas na busca de alternativas para se fazer novas histórias, que estão para além de ações puramente clínicas.

O mesmo autor manifesta a convicção de que o processo da Reforma Psiquiátrica não acontecerá se seus atores não representarem o papel de movimento social em suas ações. Não acontecerá se tivermos um modelo preso à clínica tradicional, que não amplia sua ação no território que, por melhor que seja, será um modelo centrado no transtorno e não contribuirá com o processo da Reforma Psiquiátrica.

Um movimento social no campo da saúde mental que tenha como premissa o alargamento dos horizontes das ações assistenciais tem de pressupor uma ampliação da consciência política, o que coloca para as associações de usuários/familiares e trabalhadores a tarefa formativa imediata de modo a instrumentalizar os seus participantes para os embates decorrentes da implantação e consolidação da nova política no campo da saúde mental.

Soalheiro (2003: 164), transcrevendo a fala de um usuário, nos mostra a emergência desta tarefa.

Tem que qualificar o usuário (...) mas como se qualifica nos núcleos? Ninguém dá esta resposta, só diz que precisa qualificar, apontam a direção sem dizer como é que se faz (...) essa é a reclamação minha dentro do movimento. A informação não chega. Se alguém é novo, acabou de entrar e quer ter informações sobre as coisas, não tem.

Bógus (1998) ao relatar a experiência de formação política do Movimento de Saúde da Zona Leste – São Paulo (SP), confirma esta necessidade, ao apontar que inicialmente a formação política dos militantes do movimento era realizada através de atividades informais. Com a ampliação dos membros e das atividades, foi necessário pensar formas de replicar o que se fazia em pequena escala. Os cursos de formação política de conselheiros de saúde foram a expressão concreta desta necessidade.

Com este desafio posto, ousou propor o desenvolvimento de um “fazer” e apresento o que foi esta vivência de discutir com os chamados loucos, o tema formação política.

Para Naujorks (1999), o ineditismo da ação é visto como um obstáculo para os processos formativos, o qual deve ser superado justamente através de momentos que vinculem a superação da situação social a um processo de aprendizagem individual. O cotidiano deve então ser tematizado, problematizado de forma organizada e sistemática. Para Naujorks, (1999:95):

No fundo, não conhecemos para satisfazer a nós mesmos. Conhecemos para nos organizar no mundo. À medida que a formação é um aprender fazendo, vamos nos dando conta que é necessário aprender, também conhecendo.

A questão que se coloca é a da formação política dos atores sociais destes movimentos; os usuários e familiares e os trabalhadores dos serviços de saúde mental que se organizam através de associações para também serem efetivadores da Reforma Psiquiátrica. Podemos considerar que as Leis, Decretos e Portarias emanadas das três esferas de poder são incentivadoras de ações reformistas. Portanto, qual a dificuldade de a Reforma avançar? O saber clínico, por mais competente que seja, não é suficiente para as ações requeridas pela Reforma Psiquiátrica por não estimular a ação direta e a formação política de usuários.

1.3. Justificativa

Os usuários de serviços de saúde mental vão aprendendo e percebendo na própria prática, seja como forma de tratamento, seja na participação em conselhos de controle social, seja em congressos e seminários sobre saúde mental os limites postos pela realidade, a

necessidade de se organizar e qualificar suas lutas. Segundo Tumolo (2002: 245) “dependendo da forma como é conduzida, tal luta pode adquirir um caráter pedagógico”, ou seja, uma participação nos espaços sociais que desperte a busca de mais conhecimento, que gere reflexão sobre esta prática, e o conseqüente “empoderamento”.

Se for verdade que somente nesse sentido a prática se torna educativa na perspectiva dos interesses dos usuários e familiares e que, portanto, usuários e familiares vão se formando na e pela participação em espaços sociais, será necessário reconhecer que a “prática educa até um certo limite” (TUMOLO, 2002: 245). Assim, somente a participação nos espaços sociais não é suficiente para engendrar negociações, articular estratégias e argumentar com outras pessoas.

A inclusão dos usuários na prática da luta em prol da Reforma Psiquiátrica, geralmente possibilita que os mesmos se defrontem com contradições postas pela realidade, propiciando o acesso à elaboração dos vários conhecimentos deste campo e, dessa maneira, superar as formas mais primitivas e rústicas do senso comum, onde a loucura é vista como doença incurável e incapacitante cuja assistência está centrada, primordialmente, no uso de medicação pela vida toda, com seus efeitos iatrogênicos.

Somente a prática social e a prática militante não oferecem os incrementos necessários a uma compreensão mais aprofundada da realidade tendo em vista o alto grau de complexidade desta, uma vez que se constitui como síntese de múltiplas contradições, o que exige, para sua apreensão, um profundo e árduo exercício de abstração e de análise. Isso significa que o potencial pedagógico máximo da prática é a construção do que se pode chamar de consciência reivindicativa³

Assim, a experiência de vida e a prática militante são um ponto de partida no processo de construção de uma práxis, ou seja, da ação-reflexão-ação, ou para “uma consciência de classe” como afirma Tumolo (2002: 246). O mesmo autor aponta que, para a superação do primeiro patamar de consciência, qual seja, a experiência de vida e a prática militante, em direção à consciência mais complexa, que chama de classe, exige, necessariamente, uma intervenção teórico-educativa.

A formação política desempenha papel fundamental, cujo objetivo, em linhas gerais, deve buscar a superação do senso comum, qualificando o conhecimento adquirido na prática da militância e oferecendo instrumentos teórico-metodológicos para que se possa

³ Consciência reivindicativa é quando as pessoas conseguem se perceber não mais como indivíduos, mas como grupo, como uma “categoria” oprimida que deve se organizar e juntar forças para reivindicar junto as autoridades institucionais e ao Estado, seus direitos, esperando ser atendidos, Tumolo (2002).

compreender na radicalidade necessária, as questões postas pela luta cotidiana e seus movimentos contraditórios dessa realidade, conforme Tumolo (2002).

Com a formação política almeja-se o “empoderamento” dos usuários para que circulem com valor social nos espaços sociais, que realizem o controle social em instâncias não só estatais, que façam acontecer de fato a rede em serviços de saúde mental, não se restringindo apenas à “capsização”, ou seja, apenas a criação de Centros de Atenção Psicossociais.

Assim, as atividades formativas devem se orientar pelas questões colocadas no âmbito das práticas vivenciadas por seus atores onde os conteúdos temáticos são organizados em consonância à realidade do grupo, e não como módulos estanques, já definidos (TUMOLO, 2002: 189).

São tais questões que devem dar sustentação às estratégias formadoras garantindo unidade às atividades formativas no sentido de responderem aos problemas concretos.

Sendo assim, a questão que se coloca é: Como contribuir para que os integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental adquiram uma compreensão mais ampla do papel e da atuação da associação de tal forma a melhor enfrentar as questões de suas vidas individuais e coletiva?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Desenvolver um processo de formação política junto aos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Desenvolver com os participantes da associação de usuários de um serviço de saúde mental, reflexão coletiva sobre aspectos relativos à formação política através da metodologia problematizadora.
- b) Instrumentalizar os participantes da associação de usuários com conceitos e métodos de formação política.
- c) Estimular a reflexão crítica sobre as ações desenvolvidas pelos participantes da associação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Associações no Âmbito da Saúde Mental

O processo de redemocratização ocorrido no país, nas décadas de 70 e 80, apresenta em sua trajetória, diversos momentos de esforços coletivos de mobilização e de organização de alguns setores do corpo social, como o movimento dos sem-terra, de grupos ecológicos, e no campo da saúde, a Reforma Sanitária onde se insere especificamente o movimento da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 1999). Teixeira (2002) refere que 68% das associações civis foram criadas no período de 1970-1986, resultante do reordenamento social das últimas décadas. Segundo o autor, existe um aumento da participação eleitoral, que se dá a partir da organização das pessoas através das associações civis, isto devido as pessoas terem uma maior conscientização política de seus problemas.

Vasconcelos (2004) enfatiza que o processo que leva à constituição de associações no Brasil, possui as seguintes razões e determinantes históricos: em primeiro lugar as tradições do pensamento de esquerda, particularmente a partir dos anos 70, que vem passando por um amplo processo de renovação e adoção de novos aportes teóricos, particularmente do pensamento gramsciano. Isto redefine as relações entre cultura, política, democracia e cidadania. Para o autor, além disso, há uma revalorização na esquerda da cultura das camadas populares, de sua autonomia criativa, de sua capacidade de reelaboração simbólica, de invenção de novas formas de fazer política, bem como uma nova revalorização dos temas das diferenças, da vida cotidiana, de individualidade e da subjetividade no processo mesmo de construção da cidadania e de seu referente central, a noção de direitos.

Em segundo lugar, Vasconcelos (2004) aponta o fato de que, particularmente nas três últimas décadas, no Ocidente, tem havido um reconhecimento cada vez maior do processo crescente de intervenção na esfera privada, pessoal e subjetiva pela esfera pública, particularmente os programas contemporâneos de saúde, saúde mental e assistência social em que agentes públicos passam a entrar nas casas das pessoas, avaliar suas rotinas e suas estratégias de lidar com o corpo; higiene; nutrição; sexualidade; criação e educação dos filhos; o cuidado para pessoas com alguma forma de dependência e que envolvem cada vez mais a subjetividade de cada indivíduo.

Finalmente o autor considera fundamental a discussão de um conceito já bastante conhecido por aqueles engajados no campo da saúde coletiva e da assistência social no Brasil, qual seja, o de controle social. Para Vasconcelos (2004) o conceito foi adotado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) para designar a forma mais direta de exercer o controle

democrático sobre o sistema de saúde, através da participação de representantes dos usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde (local, distrital, municipal e nacional), nas comissões especiais (como no campo da comissão de Reforma Psiquiátrica no âmbito nacional e de vários estados), e nas conferências periódicas em nível municipal, regional, estadual e nacional.

Partindo desse ponto de vista, reunindo essas três perspectivas, Vasconcelos (2004) chama a atenção para a importância das abordagens e estratégias daquilo que a literatura anglo-saxônica vem falando de *empowerment*. No campo da saúde mental o autor entende que este conceito torna-se uma perspectiva viável e ativa de fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidado, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, militância e de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental difusa na sociedade civil.

Nesse campo, as associações de usuários têm sido uma forma de organização que atua em diversas dimensões: no funcionamento do próprio serviço, politicamente, nos grupos de auto e mútua ajuda, de geração de renda, dentre outros.

Para Vasconcelos (2004) as associações, no campo da saúde mental, têm mostrado a possibilidade de práticas em vários âmbitos, dentre eles destaca:

- a) **ajuda mútua:** Grupos de troca de experiências, ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns. São dispositivos importantes, principalmente se não isolados em si mesmos e se forem acoplados a outros tipos de iniciativas, como as descritas a seguir;
- b) **suporte mútuo:** a partir das reuniões de ajuda mútua, é possível desenvolver-se atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, compreendendo desde, por exemplo, passeios e atividades de lazer e cultura nos fins de semana; cuidado informal do outro que se encontra em maior dificuldade; ajuda nas tarefas diárias na casa e fora dela; suporte a familiares que precisam de uma ‘folga’ para descansar ou viajar, assumindo-se o cuidado do usuário; até o desenvolvimento de projetos comuns mais complexos em várias áreas: dispositivos residenciais, trabalho para os usuários, cuidado domiciliar, acompanhamento, telefone de serviço de suporte pessoal, clubes sociais, e elaboração de cartilhas informativas e educativas sobre temas relevantes (tais como efeitos colaterais de remédios, direitos, serviços, experiências bem sucedidas, como organizar um grupo de ajuda mútua, entre outros);

- c) **defesa de direitos:** pode ser informal, individualmente ou entre pares. No primeiro caso (autodefesa), capacita-se o usuário ou familiar a defender seus direitos por si próprio. No segundo caso, companheiros são convidados a ajudar o outro a conseguir um benefício ou a resolver problemas na comunidade. Pode ainda ser *formal*, através da criação de serviços liderados por usuários ou familiares, nos quais profissionais de saúde mental e advogados são colocados à disposição para defender seus direitos civis, políticos e sociais. Estas iniciativas se integram àquelas de defesa coletiva de direitos, como descrito nos dois itens abaixo;
- d) **transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade:** desenvolvimento de iniciativas diárias, sociais, culturais e artísticas para mudar as atitudes discriminatórias em relação ao louco nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla. Um exemplo simples, mas importante está na própria linguagem que usamos para nos referir aos fenômenos e pessoas: expressões tais como ‘paciente’ e ‘doença mental’ acentuam a passividade e a segregação, e podem ser substituídos por ‘usuário’ e ‘sofrimento psíquico’, ‘problema mental’, ‘experiências subjetivas radicais’ ou, em linguagem mais técnica, por “transtorno mental”;
- e) **participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla:** de forma integrada aos demais tipos de organização, os grupos de usuários e familiares participam das instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como desenvolvem projetos de pesquisa, planejamento, e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais. Em outros termos, valoriza-se no sistema de saúde, saúde mental e assistência social o ponto de vista, o testemunho e a voz dos que viveram ou vivem concretamente, no plano pessoal, os problemas mentais. Além disso, os grupos também desenvolvem a participação cidadã na comunidade vizinha do serviço ou do local de moradia dos usuários e familiares, através das associações de moradores, outros movimentos sociais, ONGs, etc. Todas essas formas de inserção também criam uma rede de vínculos, fundamental para os momentos de mobilização política, para uma participação em campanhas e reivindicações por mudanças mais globais nas políticas e legislação em saúde, saúde mental e outras políticas sociais.

3.1.1. Influências e origens nas e das associações em saúde mental

Vasconcelos (2003), Vasconcelos (2004), Souza (1999) e Souza (2002) informam que as Associações surgiram através dos primeiros grupos de usuários e familiares no campo da saúde mental ligados aos Alcoólicos Anônimos – A.A, em fins dos anos 70, das atividades dos Centros de Valorização da Vida (CVV), que se iniciaram em São Paulo na década de 60. Em 1987, tivemos a fundação do Movimento da Luta Antimanicomial, que teve e tem uma importância política e cultural fundamental como impulsionador do processo de reforma psiquiátrica e dos dispositivos organizativos de trabalhadores, usuários e familiares a partir da década de 90.

Além das iniciativas citadas, a vinda de Franco Basaglia⁴ e a mobilização criada em torno de suas conferências no Brasil, nos anos 70, estimularam o primeiro manifesto de caráter público denunciando a tragédia e as atrocidades ocorridas dentro dos muros dos manicômios.

A primeira Associação de Familiares conhecida foi a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), no Rio de Janeiro, fundada em 1979 por dona Ivete Braga que tinha uma filha usuária⁵. Ainda Pereira (2003), relata que este é o início oficial da organização dos usuários e familiares no Estado do Rio de Janeiro. Só mais tarde, durante os anos 80 e início dos anos 90, com o avanço dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial é que tivemos um aumento de grupos e associações ligadas aos novos serviços que foram se constituindo, em função de uma política ativa de estímulo à formação de novos grupos e associações, de encontros periódicos e de busca de representantes para eventos, conselhos e conferências de saúde mental.

Nas décadas de 80 e 90, Graça Fernandes⁶ estabelece organicamente, através da SOSINTRA, um diálogo com o Ministério da Saúde e foi como membro desta entidade que participou da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi a primeira vez que um usuário participou oficialmente como delegado eleito em uma conferência nacional e passou a negociar a situação dos usuários de saúde mental do Brasil junto ao Ministério da Saúde. Esta

⁴ Franco Basaglia médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980.

⁵ Conforme Vasconcelos (2003: 286) neste projeto, opta-se pelo termo usuário, dada a preferência do movimento da luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica no Brasil pelo termo. Este uso se difundiu no país a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 e da Carta de Direitos dos Usuários escrita pelo coletivo presente no III Encontro de Associações de Usuários e Familiares, em Santos, 1993.

⁶ Graça Fernandes é conhecida liderança do movimento de usuários de serviços de saúde mental no Rio de Janeiro e Brasil, foi vice-presidente do Instituto Franco Basaglia, foi a primeira representante dos usuários na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), foi representante dos usuários na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde.

mesma usuária representou também os usuários na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, atualmente Comissão Nacional de Saúde Mental.

Segundo Pereira (2003) em 1976, Iracema Polidoro, muito comovida ao encontrar uma tia sua na Colônia Juliano Moreira (Jacarepaguá, Rio de Janeiro), passou a lutar contra o estado deplorável em que a mesma e outros internos se encontravam e, assim, fundou a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira – APAJOCUM, sendo oficializada somente em 1992.

Nesse período, as associações passam a ter uma presença mais significativa nas arenas de decisão das políticas de saúde mental, inclusive na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. Souza (2001: 2) coloca que:

O impacto social das associações de auto-ajuda é substancial. Em pouco tempo, membros passaram a ser integrados no processo de planejamento regional psicossocial e atividades de suporte a outras famílias são discutidas.

Em seu trabalho sobre a organização de usuários e familiares em saúde mental a autora informa que as associações de usuários e familiares no Brasil, já realizaram três encontros nacionais: 1) 1991, em São Paulo-SP, promovido pela Prefeitura e pelo Ministério da Saúde; 2) 1993, em Santos-SP, na qual foi elaborada a carta de direitos e deveres dos usuários e familiares de serviços de saúde mental citada anteriormente significando um ato político pela busca da cidadania; 3) em 1995 em Salvador-BA, outro encontro organizado pelo Ministério da Saúde. Porém o crescimento expressivo em todo o Brasil da organização de usuários e familiares em associações, aconteceu a partir da realização de uma reunião entre estes segmentos ocorrido no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, no ano de 1993 dando origem ao III Encontro Nacional de Usuários e Familiares, realizado no ano de 1993 em Santos SP.

3.1.2. Representações através de associação

Segundo Rodrigues (2004: 68), a Constituição Federal assegura que os “loucos incapacitados, perigosos e imprevisíveis” possam se organizar e ter representação enquanto ação coletiva, o que constitui, talvez, uma força que muitos usuários e familiares de serviços em saúde mental ainda desconhecem. Assim, a partir do momento em que a ação coletiva exerce sua força política os usuários deixam de estar apenas nesta condição para desenvolverem ações enquanto cidadãos, pois muitos usuários se vêem como “doentes” ou vítimas, ou seja, não se percebem como cidadãos.

Vasconcelos (2003, p. 20) afirma que:

uma associação exclusivamente de usuários constitui-se no esforço de representar aqueles que legalmente não poderiam se representar, pois, segundo o Código Civil, estariam absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil. A chamada incapacidade absoluta, teoricamente, os impossibilita de assumir/exercer/responder por atos da vida civil, como estabelecer contratos e assumir encargos. A existência deste dado indica a realização de uma estratégia inovadora em relação à constituição de representações organizacionais, tornando o processo associativo na saúde mental muito peculiar.

A Constituição da República Federativa do BRASIL (2003: 16), no art. 5º, parágrafo XXI, “estabelece que as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente”.

Assim, reunidos em ações associativas, de acordo com Souza (2001), os usuários devem considerar não só o fato de buscarem a conquista de identidade cultural e de expressão social seja pela arte ou reivindicações políticas através de novas formas de articulação das relações entre Estado e sociedade civil, ou seja, participar do diálogo loucura-sociedade-estado, significa também o resgate de sentido de vida as pessoas que do associativismo fazem parte.

Teixeira (2002) afirma que as mudanças sociais e culturais levam a considerar as associações como redes de engajamento cívico, produzindo e reforçando valores comunitários, assim como laços de confiança tão necessários à cooperação comum e à vida civil. Na prática, isto se traduz não somente na sua base legal e constitucional, mas também por exigência do próprio processo social e político em que a cidadania passa a ter também a dimensão não apenas do cumprimento de direitos, como também do cumprimento de obrigações, responsabilidades resultantes de exigências coletivas impostas não por leis formais, mas pelo consenso social.

Contudo, as associações de usuários em saúde mental, conforme Rodrigues (2004), além de perceber, sentir, pensar e agir partindo da necessidade e desejo de seus participantes, nos diferentes espaços decisórios das políticas públicas de saúde e de saúde mental, procuram levar ao conhecimento das pessoas seu papel, seu significado, suas lutas, se tornando serviços sociais que buscam atender uma parcela dos que dela necessitam. Isto é o que se coloca como desafio: participar do processo de informação, refletir com usuários e familiares para que haja mobilização, e que nasça uma ação coletiva de fato. Porém, a especificidade que a experiência da loucura representa nos faz pensar em um associativismo peculiar.

Certamente não é um despautério pensar o associativismo no campo da saúde mental tanto que o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, na p. 136, propugna o incentivo a criação de associações artísticas, culturais e artesanais de usuários de serviços de saúde mental, visando objetivar maior controle social e difusão de projetos e trabalhos desta área.

Vasconcelos (2003) indica possíveis estratégias utilizadas pelo movimento de usuários na Holanda para que façamos a reflexão:

- Uma entidade que dê suporte a cada um dos conselhos de usuários hoje obrigatórios e que participam das decisões em cada instituição ou serviço de saúde mental.
- Uma entidade de advogados profissionais que desenvolva ações de defesa formal dos direitos sociais dos usuários, também ligados aos conselhos de usuários de cada instituição ou serviço.
- Um sindicato nacional que reúna todos os grupos e associações de usuários e familiares do país.

Vasconcelos (2004), faz uma categorização das associações em saúde mental conforme o relacionamento que estas estabelecem com os serviços de saúde mental. Esta caracterização nos proporciona uma visão da dinâmica organizativa neste campo, motivo pelo qual, sucintamente apresentamos abaixo:

1) Associações de usuários, familiares e “amigos” não ligadas a serviços públicos de saúde mental, fundadas a partir iniciativas independentes e difusas na sociedade civil - Estas associações foram criadas a partir de iniciativas independentes de usuários ou de familiares, geralmente de origem social na classe média e alta, com acesso a maiores recursos sociais e culturais, cuja experiência de contato com ou de vivência do transtorno mental grave.

2) Associações e grupos de usuários, familiares, trabalhadores e “amigos” ligadas a profissionais e serviços de saúde mental, particularmente aos novos serviços de atenção psicossocial - Estes dispositivos associativos surgiram particularmente a partir dos anos 90, com a emergência dos novos serviços de atenção psicossocial, principalmente os CAPS. Este grande grupo compõe a maioria dos dispositivos associativos que temos hoje no país e são geralmente mistos, incluindo familiares, usuários e os “amigos”, geralmente trabalhadores e profissionais de saúde mental mais comprometidos com a luta antimanicomial e com esta perspectiva de *empowerment* nos serviços, mas podendo também incluir simpatizantes individuais sem ligação orgânica prévia com o campo da saúde mental, como também organizações e grupos associativos e comunitários e populares.

Neste conjunto encontra-se o maior grupo de associações no Brasil, conforme o autor, destacando alguns subtipos mistos:

a) Associações que surgem onde não existem ainda serviços, mas que reivindicam principalmente a sua provisão junto ao poder público - correspondem a iniciativas geralmente organizadas por trabalhadores engajados, normalmente vinculados ao Movimento da Luta Antimanicomial, que mobilizam outros trabalhadores, usuários, familiares, grupos e lideranças de outros movimentos sociais populares. Isso se dá geralmente onde há apenas serviços convencionais de psiquiatria ou mesmo ausência de quaisquer serviços. Estas associações assumem então, como objetivo principal, reivindicar avanços na assistência local e regional de saúde mental, particularmente a provisão de serviços de atenção psicossocial, como os CAPS.

b) Dispositivos associativos formados a partir de serviços já estabelecidos e fortemente dependentes deles e dos profissionais - Esses grupos podem compreender apenas uma fase inicial dos dispositivos associativos, dado que a tomada de iniciativa e o estímulo na maioria dos casos partem de trabalhadores e profissionais defensores da causa.

c) Associações que nascem dos ou nos serviços, mas que desenvolvem um forte viés autonomista e independente.

Existem casos de associações nascidas, ou mesmo que se mantêm no âmbito de serviços, que conseguem superar a fase inicial de dependência dos profissionais e dos recursos organizacionais dos serviços, se lançando com uma forte organização mais autônoma, independente e universalista.

d) Associações que nascem no âmbito dos serviços, mas que ampliam sua articulação e sustentação em outras entidades e organizações do movimento popular.

Existem casos de associações que são formadas no interior de serviços convencionais de saúde e saúde mental, mas que em seu processo de fortalecimento ampliam a sua rede de articulações e de vínculos com outras entidades e organizações do movimento popular, ganhando significativamente em autonomia, independência, força social e política mais global, bem como em capacidade de atuação específica no campo da saúde mental.

e) Associações que nascem diretamente ou cuja organização passa a ser polarizada pela transferência de recursos estatais para manutenção de projetos de suporte mútuo.

No caso da saúde mental, há casos recentes de associações que chegaram a desenvolver um perfil mais autonomista e independente, mas que, dada a necessidade de gerir mais autonomamente projetos de suporte mútuo, particularmente na área de trabalho e

dispositivos residenciais, passam a receber recursos financeiros diretamente do Estado ou diretamente dos serviços.

3.2. Formação Política

A palavra política tem sua origem na Grécia Antiga através da voz de Aristóteles ao formular a famosa frase: “O homem é um animal político”. Esta afirmação reflete a constatação que nenhum ser humano vive sozinho, e que todos precisam uns dos outros. Assim sendo, política refere-se à vida em comum, às regras de organização dessa vida, aos objetivos da comunidade e às decisões sobre estes aspectos, (DALLARI, 1984).

Em sentido amplo, a palavra política se refere ao poder, quer compreendendo a luta por sua conquista, manutenção e expansão, quer às instituições por meio das quais ele se exerce, ou reflexão sobre a sua origem, estrutura e razão de ser.

Resultante da prática humana, o poder político representa a capacidade de governar, de decidir em última instância, de determinar, inclusive coercitivamente, a conduta dos governados, imprimindo este ou aquele rumo à vida da coletividade.

Assim, como não há sociedade sem um mínimo de lei, também não há sociedade sem poder, sem uma instância investida de dirigi-la e governá-la. A emergência e a constituição do poder exprimem sempre os interesses de determinadas camadas sociais e correspondem à necessidade de preservar e promover esses interesses.

Enquanto outras formas de atividade humana têm objetos limitados ou parciais, a política tem por objeto a vida social considerada em sua totalidade, uma vez que consiste no governo da sociedade por aqueles que detêm o poder.

Bobbio (1999) classifica o poder nas sociedades modernas em três grandes classes: econômico, ideológico e político. O poder econômico vale-se da posse de determinados bens para induzir os que não os possuem e deles necessitam, a adotar o comportamento que os que detêm desejam. O poder ideológico utiliza a influência das idéias, que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos influenciam a conduta dos que delas são alvo. O poder político é o poder que pode recorrer à força para fazer prevalecer sua vontade.

A luta pelo poder, uma das principais molas propulsoras da história, não se explicaria apenas pela vontade de apoderar-se dos meios que permitem dominar os outros homens, mas também pela exigência de reconhecimento, isto é, como portador de determinados valores.

Assim como as formas de luta pelo poder evoluem de acordo com o progresso da razão, assim também as instituições políticas, os órgãos por meio dos quais se exerce o poder político se modificam de acordo com o grau de racionalidade alcançada pelo homem. Disso

decorrem as formas de governo e os meios utilizados nas contendas da sociedade intimamente relacionadas à concepção de ser humano que tenha. Se todos os homens são, em princípio, iguais, porque participam todos da mesma essência humana, e se a essência da condição humana é a liberdade, todos têm, em tese, o mesmo direito de participar da constituição e do exercício do poder. O monopólio do poder por qualquer camada ou grupo social só se poderia justificar em nome de uma posição aristocrática que pressupõe a superioridade de uns em relação aos outros, e só se poderia manter pela violência, pela proibição do debate, da crítica e da oposição (ENCICLOPÉDIA MIRADOR, 1986. v. 16, p. 9045-9053).

Na medida que política refere-se à vida em comum, às regras de organização dessa vida, aos objetivos da comunidade e às decisões sobre estes aspectos, o seu exercício não está restrito aos “políticos”, em que pese que as atividades destes sejam mais visíveis, mas a todo sujeito que conjuga suas ações visando um objetivo comum. Para Dallari (1984: 10): “política é a conjugação das ações de indivíduos e grupos humanos, dirigindo-as a um fim comum”.

A questão da formação política, especificamente no campo da saúde mental, é algo a ser construído e aprofundado, devido ao fato de não haver conhecimentos sistematizados sobre o tema. Com este desafio, se apropriando da história, Tumolo (2002) relata que a formação política tem seus primeiros movimentos, no Brasil, em meados dos anos 1920, através do Partido Comunista Brasileiro (PCB), o qual realizava cursos periódicos de formação como estratégia para a integração política de quadros e formação de novos militantes. Até 1964, ano em que se instaurou o regime militar, outras instituições buscavam promover experiências de formação dos trabalhadores como os setores “mais progressistas” da Igreja Católica como por exemplo os grupos de Ação Católica (JEC, JUC, JOC), e a União Nacional dos Estudantes (UNE).

A partir de 1964, abateu-se uma brutal repressão à sociedade civil e suas formas de organização. Para Tumolo (2002), apesar disso, os trabalhadores, com muita resistência, preservam algumas formas de organização, bem como criaram outras, o que acabou gerando variados movimentos na década de 1970. Nesta conjuntura, Tumolo (2002: 138) “identifica a presença nesses movimentos de três agências que elaboram suas respectivas matrizes discursivas: Igreja Católica e sua matriz discursiva da Teologia da Libertação, os grupos de esquerda com sua matriz marxista e estrutura sindical com sua matriz sindicalista”.

Com o processo de redemocratização do país, os movimentos sociais se ativam e as ações políticas ganham relevo tornando-se premente a formação política.

Iasi (1999: 76) refere que a “atividade de formação política é o momento de encontro entre a vida e a teoria, onde o esforço pedagógico expressa-se na tentativa de traduzir a teoria

em vida, vivenciá-la”. Pode-se afirmar que o eixo central da proposta consiste em vivenciar o conceito, ou seja, traduzir a teoria através de mediações que a tornem apreensível e com significado para o grupo que a procura.

Porém, a polêmica para a realização da formação política situa-se dentro de seu método de implementação, a sua prática educativa. No campo da chamada educação popular insere-se num contexto mais amplo que é a evolução das teorias da educação. Neste campo, segundo Iasi (1999), temos um grande embate entre a *pedagogia tradicional*, entendida como a concepção pedagógica centrada no papel do professor e caracterizada pela transmissão de conhecimentos, e a chamada *pedagogia nova*, descrita como a concepção onde o eixo central se desloca para o estudante, e onde mais importante que o conhecimento é aprender a conhecer. Assim, a pedagogia nova tem sido incorporada no campo da educação popular, principalmente de base cristã e de sindicatos. Neste sentido, Iasi (1999: 63) coloca dois pontos a serem refletidos:

de um lado, a *verdade oficial* a ser transmitida na forma da *linha justa* a ser seguida, onde a formação é concebida como um ato de passagem a um conhecimento científico e, portanto, universalmente válido; e de outro o esforço de partir da vida imediata de uma comunidade, consubstanciado no famoso método de “*ver, julgar e agir*”.

Esta forma de conceber educação foi utilizada no interior de vários grupos, principalmente os ligados à fração denominada progressista da Igreja Católica, entidades de assessoria a movimentos populares e do mundo sindical.

Segundo Naujorks (1999: 61), “educar inclui a educação para a cidadania e esta envolve o exercício para a participação política”.

Para Iasi (1999), é necessário partir da negação da prática tradicional, mas também estar atento aos riscos da pedagogia do *espontâneo*, às concessões aos princípios liberais do *escolanovismo*, que acabavam por reduzir a concepção metodológica ao uso de técnicas participativas e que levavam, no limite, à reprodução do senso comum encontrado nos diferentes grupos populares.

Em linhas gerais, conforme Iasi (1999: 65) pode-se enunciar alguns princípios de Formação Política:

- 1) Partir da realidade imediata, que é produto não só da ação ou experiência, mas de toda a prática social e histórica.
- 2) Apropriar-se de conceitos teóricos, para melhor conhecer a realidade além da aparência imediata.

- 3) Com este conhecimento mais profundo da realidade e dos conhecimentos teóricos alcançados e construídos no processo educativo, passar à ação de transformação da realidade, daí que o eixo fundamental seria a vinculação entre teoria e prática, o que levaria à formulação P-T-P (prática-teoria-prática).

Ao discutir o desenvolvimento da formação política, Marcus Arruda, citado por Iasi (1999: 69-70), exemplifica como iniciar o processo, pensamento que comungamos;

(...) O nosso ponto de partida para a educação nova e diferente deve ser aquilo que os trabalhadores trazem para os cursos de formação, começando a construir para além do que eles já conhecem, restituindo e recapitulando e integrando todo este conhecimento no seu próprio processo de crítica (...). Somente tomando como ponto de partida o próprio trabalhador e seu conhecimento é que podemos valorizar esse conhecimento e fazê-lo transfigurar a si próprio.

Partindo desta premissa, soma-se ao conhecimento teórico, o que Iasi (1999: 73) complementa ao referir que a

formação é um momento teórico da prática política geral, ou da “praxis”, momento que tem por sua particularidade a tarefa de socializar a teoria acumulada, traduzi-la para um contexto concreto e permitir que seja incorporada como um novo patamar para futuras ações”. Mas para que ela seja *teorizada* é necessária uma teoria, uma preocupação metodológica.

Iasi (1999), relatando sua experiência de formação política do Núcleo de Educação Popular – NEP 13 de Maio informa que tal atividade parte de um conceito que julga necessário de ser compreendido para desvendar o funcionamento da sociedade capitalista e buscar traduzi-lo para a realidade concreta do grupo que se propunha à atividade de formação. O conceito a partir daí é vivenciado pelo grupo, passa a fazer sentido para ele, e este é o passo para ser incorporado, apreendido.

Assim, a realidade concreta é a nossa matéria-prima, é o ponto de partida de todo o conhecimento e é, também, o ponto de partida efetivo da atividade de formação, é o nosso instrumento de superação das aparências e de compreensão da realidade.

Contudo, para Iasi (1999), o produto da formação é algo mais complexo e difícil de medir no curto prazo. Seria algo a ser medido na qualidade efetiva da ação militante, em sua capacidade crítica diante de deformações que vão se produzindo, a constatação, no quadro de militantes, da socialização de novos valores e preocupações, no número de quadros com capacidade de elaboração de políticas de ação e organização. Um produto que deve ser construído cotidianamente, mas que somente se expressa ao final de processos relativamente longos.

No campo da saúde, com a criação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, brotaram iniciativas visando a capacitação de conselheiros.

O processo inicial acontece nas Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) e da Pastoral da Saúde (ambos da Igreja Católica) que passaram a integrar comissões de saúde nos bairros de diversas cidades brasileiras abordando, inicialmente, aspectos relativos à prevenção e noções básicas de higiene e saúde.

Estes cursos permitiram a população refletir e estabelecer relações entre suas inadequadas condições de vida e a questão da saúde, da injustiça social e a necessidade de procura por soluções coletivas.

Com o passar do tempo, dentro de uma perspectiva que procurava privilegiar a ocupação dos espaços conquistados pela implantação dos conselhos de saúde, a questão da formação política e a capacitação de suas lideranças passou a ser uma preocupação. Segundo Bógus (1998), relatando uma experiência de formação política num bairro de São Paulo, realizada nas décadas de 70 e 80 informa que estas eram realizadas pelos técnicos militantes do movimento (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que, além de seus afazeres, ainda incluíam estas atividades. O eixo desta formação era centrado nas causas sociais das doenças, na difusão da idéia de que a prestação de serviços públicos de saúde era um direito da população e um dever do Estado. Foi ficando claro que com o crescimento do movimento e a ampliação do numero de participantes, a formação política no moldes anteriores não atendia mais às necessidades do MSZL (Movimento de Saúde da Zona Leste – São Paulo, SP). Neste contexto é que surgiu o projeto dos Cursos de Formação Política dos Conselheiros de Saúde do MSZL. Estes cursos tiveram um caráter formal e iniciaram em 1987, cujos conteúdos versavam sobre as origens da saúde pública; legislação sanitária; saúde ocupacional e prevenção de acidentes no trabalho; papel dos profissionais da saúde e políticas de pessoal; administração das instalações locais de saúde; história dos conselhos comunitários e estratégias de participação; organização comunitária, metodologia de treinamento e técnicas de divulgação.

Os aspectos metodológicos devem, evidentemente, procurar garantir a coerência entre conteúdo e os objetivos, e para isto deve-se considerar as características da população alvo, o que implica em refletir sobre princípios da educação popular, informal e para adultos.

3.2.1. Características do curso de formação política do MSZL

Os cursos de formação política para o MSZL eram entendidos como uma prática educativa na amplitude de sua proposta: pressupostos, objetivos, metodologia, forma de desenvolvimento, resultados e impacto. A proposta pedagógica dos cursos de formação procurou privilegiar a construção do conhecimento através do diálogo, em uma relação horizontal de troca entre os envolvidos em uma perspectiva de ação comunicativa; de que a ação educativa, baseada na perspectiva da ação comunicativa (diálogo), resultou em aprendizagem e transformações no âmbito do mundo da vida.

O início dos cursos era precedido de uma fase preparatória que incluía várias etapas, entre elas a definição de critérios para a participação nos cursos. Eram mais indicados moradores de locais onde já existissem conselhos de saúde atuantes.

Bógus (1998: 78) assim descreveu as etapas de trabalho até o início dos cursos:

- a) processo de discussão no movimento sobre necessidade de formação mais sistematizada e a curto prazo para a formação de lideranças e sobre o conteúdo programático;
- b) definição de critérios para participantes do curso;
- c) alunos e equipe técnica;
- d) processo de escolha de cada participante nos seus conselhos;
- e) elaboração conjunta do processo e normas do curso: alunos e equipe técnica.

O objetivo geral era capacitar os participantes dos conselhos e comissões de saúde para uma atuação mais ativa no controle social.

Quanto ao tempo de duração dos cursos, a avaliação predominante é de que a duração inferior a cinco meses foi prejudicial quanto a oferecer oportunidades de maior desenvolvimento teórico para seus participantes, um aspecto que para a capacitação de lideranças revelou-se fundamental.

O motivo principal para a participação nos cursos foi sempre a possibilidade de adquirir conhecimentos, principalmente na área da política de saúde e dos direitos do cidadão, para subsidiar as lutas para conseguir melhorias para o bairro. Um aspecto importante para alguns dos participantes era o valor da “bolsa de estudos” que correspondia a um salário mínimo para se participar dos cursos, já que isto facilitava a adesão ao curso porque permitia que fosse dada a dedicação exigida e não seria necessário procurar outras alternativas de geração de renda e de contribuição para o orçamento doméstico.

Em relação ao conteúdo e metodologia, estes seguiam a educação popular, perspectiva determinada pela coordenação dos cursos.

Em relação ao seu desenvolvimento, os cursos eram realizados através de módulos, que tiveram algumas modificações em função de aspectos circunstanciais, mas de forma geral seguiram os seguintes eixos temáticos:

I – A estrutura da sociedade

- Histórico da sociedade
- Evolução do papel da mulher na sociedade
- História do Brasil e sua situação econômica atual

II – Política de Saúde

- História da saúde pública
- Análise da estrutura do Sistema de Saúde
- Análise das propostas de mudanças da VIII Conferência Nacional de Saúde
- Central de medicamentos (CEME) e indústria farmacêuticas
- Programas de Saúde a nível local: ações coletivas e preventivas, saúde da criança, da mulher, do trabalhador e meio ambiente
- Saúde da Mulher: sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis
- Saúde e sociedade

III – Movimentos Sociais

- Papel, objetivos e características
- Conjuntura Política
- Conselhos Populares
- Unificação dos Movimentos Populares

IV – Participação Popular e Saúde

- Organização e Participação popular
- História e Estrutura do Movimento de saúde
- Conselhos e comissões de saúde
- Estratégia de trabalho com a população

As atividades realizadas para contemplar estes temas envolviam a realização de leituras, pesquisas, entrevistas, discussões em pequenos grupos, visita a diversas instituições e entidades, participação em palestras com convidados, debates, seminários, jogos dramáticos e oficinas/vivências que incluíam abordagem corporal. No período da manhã as atividades constavam de vivências grupais, estudos e debates, seminários, visitas a equipamentos de saúde e visitas a outros grupos organizados. No período da tarde as atividades eram

centralizadas nos bairros: preparação de materiais pedagógicos, reunião com moradores, reunião nos conselhos de saúde, comissões de saúde e outros movimentos locais, participações em atos públicos e movimentos reivindicatórios. Havia teoria de manhã e à tarde se fazia a prática. Assim o conhecimento que se desencadeava, manifestava uma nova ação, que atendia aos interesses de mudanças, decorrentes do diagnóstico realizado. Este encontro com a população gerava uma enorme aproximação e um alargamento do movimento.

Em todo o início dos encontros eram realizadas dinâmicas, como por exemplo, a do barbante:

As pessoas vão cruzando o barbante e essas pessoas vão contando porque estão no movimento, então cada um vai contando um pouquinho de como começou e porque começou e a gente fica uns quarenta minutos nesta parte. É um momento de contar história, conquista que já teve, de expectativas, o que está esperando, e cada um vai cruzando e depois que todo mundo se apresentou a gente faz uma reflexão que o barbante está firme porque as pessoas estão segurando, o porquê dos buracos que ficaram. BÓGUS (1998: 114).

A ginástica também era sempre muito utilizada antes do início dos encontros.

Na avaliação realizada, as pessoas envolvidas relataram aquilo que de mais importante aconteceu:

- a construção do conhecimento através do diálogo;
- transformações no mundo da vida pessoal;
- o grupo como possibilidade de fazer acontecer as mudanças;
- aumento da auto-estima e auto-confiança;
- retorno aos estudos;
- inserção no mercado de trabalho;
- interesse profissional pela área da saúde;
- mudanças no papel dentro da família;
- habilidades para lidar nos espaços de negociação entre Estado e Sociedade;
- mais preocupação com o estado de saúde;
- exercício de cidadania;
- mais participação em atividades comunitárias, sociais e reivindicatórias;
- melhoramento nas relações interpessoais;
- aprendizagem em se comunicar melhor e no momento de negociação;
- atuação política mais abrangente.

Contudo, os resultados não devem ser desprezados frente aos limites sistêmicos ocorridos. As repercussões não podem ser precisamente medidas ou determinadas porque se

difundem para os mais variados espaços e contextos das vidas dos que participam. No Brasil vive-se a desigualdade econômica, social e cultural entre os sujeitos e a prática democrática tem pouca tradição e não é generalizada. O exercício de sobreposição das pretensões de validade sobre as pretensões de poder, no estabelecimento das relações e dos diálogos, é custoso, em função da cultura política, predominantemente paternalista e clientelista. Assim, a razão e a racionalidade não devem ser somente os instrumentos a serem utilizados na busca da equalização social e da consolidação e do fortalecimento da cidadania. É importante relativizar isto, levando em conta, também, outras possíveis perspectivas de análise.

4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentaremos o referencial teórico metodológico adotado e os conceitos que guiaram a construção deste trabalho. Estes conceitos estão intrinsecamente interligados, de tal forma a oferecer a compreensão da realidade do estudo que se constituiu no relato crítico de uma prática assistencial com vistas à formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental.

De acordo com Moré (2000: 11), a organização dos aspectos teóricos de um estudo constitui-se em “pilares importantes para a fundamentação, delimitação e argumentação das nossas ações”.

Como concepção conceitual e de conteúdos teóricos optamos pelo embasamento teórico do processo da Reforma Psiquiátrica, por ser propulsora nas transformações e superações no campo da saúde mental e psiquiatria. Para viabilizar, incitar e realizar a prática educativa utilizamos a Metodologia Problematizadora que fundamenta o processo metodológico deste estudo. Foi desenvolvida a partir dos pressupostos de Paulo Freire, como uma estratégia de aproximação com as múltiplas realidades e gerar novos conhecimentos.

Os conceitos apresentados foram construídos subsidiados pelas concepções da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, por se coadunarem com minhas crenças e evolução histórica de vida profissional.

4.1. Reforma Psiquiátrica (RP)

O termo Reforma Psiquiátrica tem sido bastante debatido no Brasil, particularmente, desde a década de 70 até os dias atuais. Muitos intelectuais e ativistas contribuíram e contribuem para estas discussões. Vale lembrar Michel Foucault (1992) citado por Rodrigues (2004), que nos mostra como a segregação da loucura constitui um elemento integral da cultura racionalista ocidental do Iluminismo e como o conhecimento, práticas e instituições

psiquiátricas foram criadas a partir deste pressuposto. Basaglia (1985) indicado por Rodrigues (2004), denuncia as instituições psiquiátricas como assumindo um mandato social de controle que inevitavelmente leva a opressão.

Não menos importantes são as valiosas contribuições de Maxwell Jones; David Cooper; Thomas Szasz; Franco Rotelli; Robert Castel apontadas por Rodrigues (2004).

Estas contribuições favoreceram o “pensar diferente” frente ao louco, à loucura e ao jeito de lidar com estes, contribuindo de maneira significativa para as reflexões e construção de uma nova forma de conceber e assistir aquelas pessoas até então ditas loucas, e oferecendo suporte teórico para uma reforma psiquiátrica que expressa o questionamento, a contestação ao modelo psiquiátrico tradicional, as relações instituição-objeto-profissional, ou seja, as relações de poder entre as regras da instituição – o paciente/objeto e o saber/médico.

Amaral (1999) coloca a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática, tendo como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Para Amarante (1998), o termo significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o “doente”.

Estas formas de conceituar Reforma Psiquiátrica animaram as discussões nas décadas de 70 e 80. Na década de 90 o conceito utilizado pelos principais órgãos legisladores de políticas públicas em saúde, e que também fundamentou o projeto substitutivo de lei 10.216 foi o de que a Reforma Psiquiátrica consistia na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de transtornos mentais, por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção primária, sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares, ou seja, uma rede de serviços assistenciais comprometidos com as condições do sentido da existência do sujeito com problemas visando a melhor condição de vida a estes sujeitos.

Para Oliveira (2004), Reforma Psiquiátrica é um movimento social que tem como objetivo modificar as relações existentes entre a sociedade e a loucura, superando o paradigma clínico-psiquiátrico e psicologizante hegemônico em nosso meio, transferindo seu

olhar localizado na “doença” e em seus sintomas e lançando-o sob a pessoa, sua cultura, sua história e sua vida cotidiana.

No novo milênio, Amarante (2003: 49) conceitua Reforma Psiquiátrica como:

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Ou seja, a realidade do processo da reforma psiquiátrica só pode se tornar complexa quando discutida em conjunto: epistemológico ou teórico conceitual; técnico assistencial; jurídico-político e sociocultural. Em conjunto, poderão efetivamente transformar as relações da sociedade com a loucura e vice versa.

No Brasil, segundo Amarante (1998), o começo do processo da reforma psiquiátrica surge mais concretamente em fins da década de 70 e tem como fundamentos as críticas sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes, e uma crítica estrutural às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza o processo de redemocratização.

Neste processo, em Dezembro de 1987, quando acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, foi proposta uma radicalização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir da constatação dos mesmos de que a humanização dos hospitais, com a criação de programas ambulatoriais (constituições de equipes de saúde mental em unidades básicas), não havia sido suficiente para dar conta de produzir uma relação diferente da sociedade com o fenômeno da loucura. Os loucos continuavam a ser internados e segregados do convívio social. Esse movimento se ampliou e passou a ser denominado de Movimento da Luta Antimanicomial.

Segundo Souza (2002), o Movimento da Luta Antimanicomial tem sido de fundamental importância para que o Estado implemente políticas públicas que possibilitem a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico.

Ressalva-se que a política de saúde mental sofreu várias influências de acontecimentos importantes no campo da saúde como um todo na sua formulação, implantação e sua continuidade. Desta forma, as políticas de saúde mental surgem também e, principalmente, do movimento da reforma sanitária, das conferências de saúde mental, das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Da legislação Federal na área da saúde mental (Brasil, 2004) destaca-se o seguinte:

Lei 10.216/01 que redireciona o modelo de assistência e confere o direito aos usuários e familiares de serviços de saúde mental;

Lei nº 10.708/03 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Portaria GM 336/02 que define os modelos de atendimentos substitutivos quais sejam os Centros de Atenção Psicossocial;

Portaria SAS 189/02 que regulamenta o repasse de recursos financeiros para estes serviços;

Portaria MS 251/02 PNASH que é o programa nacional de avaliação do sistema hospitalar destinado a psiquiatria;

Portaria MS 2.391 que estabelece e discorre sobre as internações;

Portarias MS 106/02 e 1.220/02 que tratam das residências terapêuticas.

4.1.1. As dimensões da RP

Sendo a RP um processo, ele é contínuo e desta forma, as dimensões adquirem força quando vistas e discutidas em conjunto de elos, uma dimensão ligada a outra. Desta forma temos, conforme Amarante (2003) as seguintes dimensões:

a) Dimensão epistemológica ou teórico-conceitual – A construção volta-se à desconstrução, ou seja, é feito o estabelecimento de rupturas de antigos conceitos. O conhecimento é constituído junto ao ser. Surge uma nova concepção pela qual se transita para outros conceitos:

Doença – existência em sofrimento;

Cura – emancipação do sujeito, alternativas para projetos de vida;

Hospital psiquiátrico – rede de atenção a saúde mental;

Questionamento de termos como: Terapêutica – Ciência – Técnica – Verdade absoluta.

Há a tendência de valorizar conceitos como acolhimento, acompanhamento diário, projetos de vida, rodas de convivência, cuidado, atenção psicossocial, emancipação, contratualidade social, habilitação social, autonomia, poder, clínica da atenção psicossocial e antimanicomial. Ou seja, é o conjunto de questões que se localizam na produção de saberes que irão sustentar a prática. É uma dimensão que vai desde a reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo da ciência, até mesmo o conceito de ciência, até os conceitos utilizados como doença mental, alienação mental, tratamento, terapêutica, cura.

No papel de investigador, enfatizo que o não questionamento destas discussões gera um efeito iatrogênico na produção de conhecimento, reproduzindo conhecimentos do modelo psiquiátrico tradicional. Discutir desinstitucionalização, conforme Amarante (2003: 50), consiste:

num processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. De reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Significa uma ruptura epistemológica, que para Amarante (2003) aponta uma recusa a explicação oferecida pela psiquiatria para dar conta da experiência da loucura, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada “doença”.

b) Dimensão técnico-assistencial: o cuidado em saúde mental é o elemento motivador para esta dimensão⁷. A idéia é o estabelecimento de projetos de vida tendo como desafio, o descobrimento do potencial do ser humano, a construção de valor social, o aumento de poder nas trocas sociais a partir da premissa do respeito à diferença, da autenticidade. A militância e a participação política são cruciais para o engajamento no movimento. Surge a questão de qual modelo assistencial servirá de ferramenta para o atendimento ao louco. Não é de se estranhar que o modelo de assistência psiquiátrico ainda é calcado na tutela, na custódia, na disciplina, na vigilância. A internação torna-se algo legítimo e imperativo. Para isso, reconectar os problemas entre as pessoas, trabalhar sobre esta relação, trabalhar a relação entre a norma e a diversidade, entre quem pode e quem não pode, quem produz e quem não produz, esta é a riqueza. Favorecer as trocas entre as pessoas, estimular o encontro entre as subjetividades, isto é o que faz “sair do buraco” que às vezes a loucura produz. Para Rotelli (1990) é a multiplicação de possibilidades. Enriquecer a vida.

c) Dimensão jurídico-político: a psiquiatria instituiu a noção de loucura à de periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. Deve-se discutir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais. Enquanto dimensão jurídico-político é indispensável discutir loucura e código civil; questionar o imaginário social ainda com a ideologia do senso comum relacionado à loucura, a incapacidade do sujeito em estabelecer trocas sociais e simbólicas. Dessa maneira esta dimensão visa lutar pela desinstitucionalização através de legislações sanitárias, Civil e Penal referentes à loucura, para possibilitar os direitos à cidadania e ao trabalho.

d) Dimensão sócio-cultural: transformar o lugar social da loucura através do convívio da sociedade com a loucura. Através da participação dos usuários, familiares em diferentes espaços sociais, como associação de moradores, através do teatro, de veículos de comunicação e outros. Formular legislações em saúde mental com a presença de usuários,

⁷ Ver artigo *Cuidado em Saúde Mental* de Domingos Sávio Alves e Ana Paula Guljor, publicado no livro *As Fronteiras da integralidade*, Hucitec 2004.

familiares, técnicos e principalmente com a participação popular, ou seja, trazer a discussão da loucura com o povo. Trabalhar em sintonia com os movimentos sociais.

Assim, o conceito de Reforma Psiquiátrica alcançará alguma superação somente quando pensado, refletido e com ações no campo da saúde e saúde mental quando visto através destas dimensões, enquanto processo contínuo, construir/desconstruir/construir.

Por fim, mas sem esgotar o assunto, segundo Ferreira, Baptista e Melo (2004: 15) aproximar a reforma às teias dos movimentos sociais é: “imbricar, aos laços produzidos por estes movimentos que multiplicam questões, desdobrando problemas, a retirada da exclusividade do protagonismo dos profissionais da saúde”. Estas teias que atravessam espaços díspares, promovendo laços com diferentes atores do campo social, talvez seja uma possibilidade de fazermos da reforma um processo inacabado atento aos paradoxos e contradições desencadeadas pela realidade de nosso país.

Os riscos que se correm, como aponta Amarante (2003), é que a interpretação do que se venha a ser reforma psiquiátrica, revela a ação que dela terá, assim o modelo brasileiro está apontando para alguns desvios graves, quais sejam:

- a descaracterização da reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo, reduzindo-a simples a reformulação técnico-assistencial;
- a “capsização” do modelo assistencial, ou seja, investem os gestores somente em *CAPS* e não pensam na rede de serviços substitutivos;
- a “inanpsização” do modelo de financiamento;
- a extinção da concepção de NAPS como serviço de base territorial e substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional.

4.2. Educação Libertadora Paulo Freire.

*Vá ao povo, viva com ele, aprenda com ele, ame-o!
comece com o que ele sabe, construa sobre o que
ele tem.*

(Provérbio chinês)

Quando se almeja realizar um trabalho de organização, participação e formação, o processo educativo só é possível quando o educador se constrói durante o processo pelo qual ele ensina e aprende ao mesmo tempo.

Em suas obras, Freire enreda dois processos: o pedagógico e o libertador. Pedagógico porque a educação é vista como um processo possível ao compartilhamento do conhecimento

vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca do conhecer, mas pela transcendência que este conhecer permite. Libertador porque o conhecer implica também consciência crítica.

Para Freire (1987: 93) “o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformados”.

Assim, à educação problematizadora se vincula um papel transformador de determinada realidade enquanto ato político. Por conscientização Freire (2000a) refere à ação sobre a realidade, pois esta se realiza na prática e não na teoria. Educação problematizadora decorre desta forma que implica no ato de desvelamento da realidade, tendo o diálogo um elemento crítico, na medida em que resgata histórias enquanto autores e atores sociais, isto é, sua práxis (ação-reflexão-ação).

4.2.1. Educação libertadora

Para Paulo Freire, a educação deve, necessariamente, partir de uma certa realidade, qual seja, a do educando e, a partir dela se desenvolve o processo educativo no qual o educando não é um simples depositário do saber do mestre, mas um indivíduo que traz consigo muito saberes e experiências e que no encontro educador educando os saberes se somam e se transformam, portanto, educador e educando aprendem juntos. Dessa forma o processo de educar é um processo de transformação da realidade e de libertação dos sujeitos envolvidos no processo.

Resende (1986: 166) apresenta uma sistematização dos princípios que norteiam a proposta freireana, a seguir indicados:

- 1- o homem é sujeito de sua própria educação;
- 2- ninguém educa ninguém;
- 3- saber e ignorância são relativos: os conteúdos devem despertar uma nova forma de relação com a vida;
- 4- ninguém se educa sozinho;
- 5- a educação pode se dar na relação do homem com sua própria realidade e identidade.

4.2.2. Influências

Segundo Vasconcelos (2003), os principais comentaristas de sua obra, tais como Gadotti, Torres e Gerhardt, referem que o pensamento Freireano sofreu várias influências que se sucederam e se interpenetraram durante sua vida, incluindo o personalismo cristão, o

existencialismo, a fenomenologia dialética (principalmente Hegel) e o marxismo. Ana Maria Freire chega a listar os autores que mais o marcaram: Marx, Lukács, Sartre, Mounier, Albert Memmi, Erich Fromm, Frantz Fanon, Merleau Ponty, Gramsci, Karel Kosik, Marcuse, Agnes Heller, Simone Weill e Amílcar Cabral.

4.2.3. O Método da Educação Popular Sistematizada por Paulo Freire

A educação popular, conforme Brandão (1982: 186) “é um modo de participação de agentes eruditos (professores, cientistas sociais, profissionais de saúde) neste trabalho político”.

Brandão (1982:186), ainda assinala que a educação popular visa trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, “fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta”.

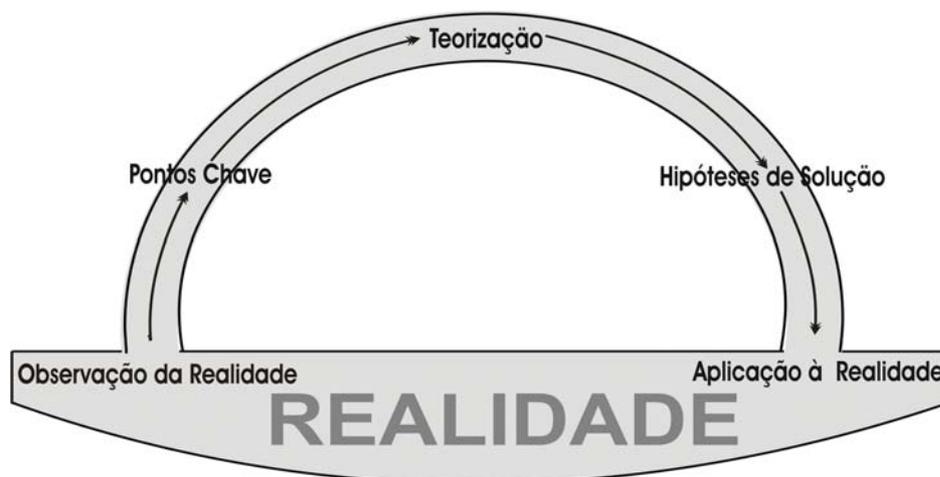
Assim, Vasconcelos (1999b: 22) afirma que “é desta forma que a educação popular se constitui como norteador entre intelectuais e classes populares”.

4.3. Método Problematizador

A problematização, na ótica de Freire tem o sentido de imersão crítica na realidade circundante e na realidade do educando possibilitando que não se definam, *a priori*, os problemas que educadores e educandos devam abordar, mas que estes possam descobri-los e propor soluções. A descoberta desta realidade poderá abrir novos horizontes, novas realidade dotada de novos significados e relações. Neste caminho vão sendo descobertas novas relações que vão ampliando a compreensão do mundo pelos sujeitos e possibilitando a transformação, a construção de nova realidade.

Este método tem também o objetivo de fazer com que os educadores e educandos estejam em constante processo de ação-reflexão-ação, partindo de situações históricas individuais e coletivas. É um processo dialógico, problematizador e conscientizador que proporciona o desvelamento e transformação da realidade.

Bordenave (1998:50) apresenta uma esquematização deste método utilizando o “Arco da Problematização” criado por Charles Maguerez, como segue:



(Bordenave, 1998: 50)

A realidade é o que circunda o indivíduo e percebê-la é um processo dinâmico intrinsecamente ligado ao tempo, espaço, a capacidade e/ou da intencionalidade dos observadores, sendo que os problemas identificados e a relevância a eles atribuída podem ser diferentes de observador para observador (Horr et al, 2000). De acordo com as autoras, a observação da realidade depende da visão de mundo e da experiência de vida de quem observa e definem alguns aspectos do por quê, o que, e onde observar a realidade.

A observação da realidade permite a manifestação do problema, isto é, os pontos importantes identificados pelo observador, os pontos chave do arco da problematização que passarão a ser interrogados, refletidos.

Passo seguinte á a teorização, que para Horr et al. (2000: 127) constitui-se na fase de aproximação da verdade, durante a qual são percorridos os seguintes passos:

o observador pergunta a si mesmo o que sabe sobre os pontos chave, externaliza o que sabe, ouve e reconhece o que os outros sabem e o grupo estabelece quais informações complementares precisam buscar para compreender os pontos chave do problema escolhido. É um diálogo interno que quando compartilhado com os demais observadores, poderá gerar dúvidas, perguntas e inquietações, que darão sustentabilidade para gerar as hipóteses de solução.

A teorização permite construir as hipóteses de solução como sendo os caminhos a ser percorridos na busca da solução do problema. Na eleição de um certo caminho, necessariamente, deve ser levado em consideração os recursos disponíveis, isto é, ele deve ser viável se constituindo na aplicação a realidade.

Assim, ensinar e aprender a partir da realidade são pontos e características da metodologia problematizadora; orienta o sentido de bem estar coletivo. A educação não é um instrumento válido se não estabelece uma relação dialética com o contexto da sociedade na qual o homem está radicado, (FREIRE, 1980).

O método de Paulo Freire é fundamentalmente um método de cultura popular: conscientiza e politiza, “a educação como prática da liberdade” (FREIRE, 1996: 15).

Contudo, como princípio fundamental, orientador da ação, a metodologia problematizadora implica no desenvolvimento da capacidade do grupo em reconhecer a si mesmo, identificar suas necessidades, seus recursos e o contexto em que estão inseridos, além de oportunizar a fixação de soluções de seus problemas e a execução das ações para alcançarem um objetivo maior e não somente do estudo, na construção de uma prática em sua totalidade.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A caminhada se faz ao andar...
E onde quer que o homem pouse a planta do pé,
pisa sempre mil caminhos.
Ortega y Gasset

5.1. Caracterização do Estudo

O estudo consiste em uma análise crítica reflexiva de uma prática assistencial que pretendeu a formação política de integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental. No estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa. Para Minayo (1994: 22), o estudo qualitativo responde a questões muito particulares. Ele se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ele trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

Após o exame de qualificação do projeto de mestrado, por proposição da banca e com a concordância do autor a opção foi pela utilização da Prática Assistencial como substrato para o desenvolvimento desta dissertação, pois a prática em si, conforme Trentini e Paim (2004) não propõe criar novo conhecimento, mas utilizar e testar conhecimento desenvolvido previamente pela ciência. A opção feita encontra amparo na Resolução 001/PEN/1999 de 29/10/99 que permite esta modalidade de estudo. Como referencial teórico para a analisar os dados foram utilizadas as estratégias propostas por Trentini e Paim (2004).

Para Trentini e Paim (2004: 31), “o tipo de informação a ser obtida, conforme o seu registro visa à adequação da assistência para uma situação específica e imediata, e obedece às necessidades manifestadas pelo cliente, seja ele indivíduo, grupo ou comunidade”. A prática assistencial visa refletir o seu fazer.

5.2. Contexto do Estudo

Segundo Rodrigues (2004), a idéia da Associação dos Usuários do CAPS foi nascendo das assembléias realizadas no serviço, durante o ano de 2000, embora já houvesse, desde mais tempo, essa discussão entre os trabalhadores do CAPS que conheciam outras experiências de associações de usuários ligadas à luta antimanicomial. Esta característica, de “ser parida” dentro de um serviço de saúde mental tipifica as associações como sendo uma associação de usuários, familiares, trabalhadores e “amigos” ligadas a profissionais e serviços de saúde mental, particularmente aos novos serviços de atenção psicossocial (VASCONCELOS, 2003).

O processo da fundação da associação, descrito no decorrer deste capítulo, também foi, de certa forma, apressado pelas necessidades sociais dos usuários como o pagamento de passes de ônibus, alimentação dos usuários e condições do serviço, e passaram a ser assuntos acirrados de discussões o que “forçou” os usuários a se organizarem enquanto coletivo. Outro fator importante para o amadurecimento da idéia da criação da associação foi a necessidade de comercialização dos produtos das oficinas terapêuticas que estavam começando a incrementar sua produção que o CAPS, como serviço público, não poderia comercializar diretamente. (RODRIGUES, 2004).

Através das discussões nas assembléias de usuários, que proporcionou o acesso a informações e a participação dos usuários no CAPS vai nascendo a percepção da necessidade da associação. Junto com isto, muitos medos e expectativas surgiram, pois ninguém sabia muito bem como criá-la. Optou-se por buscar uma assessoria através do sistema de incubadora de cooperativas para auxiliar nas discussões que ocorriam nas assembléias. Realizaram-se reuniões específicas para discutir e montar um estatuto para a associação. Neste momento surgiu um fato novo que impulsionou o processo, qual seja, a existência de um fundo que financiava mini-projetos para associações. Diante disto foi estabelecida uma parceria em um projeto que envolvia reciclagem de resíduos orgânicos e produção de plantas medicinais denominado Saúde na Terra.

O acesso ao fundo somente seria possível através de uma pessoa jurídica, pois necessitava da inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), o que foi providenciado, propiciando à associação ser contemplada pelo fundo.

Muitas idéias vieram à tona e foram sendo conversadas, uma delas foi se a associação devia ser toda de usuários ou devia incluir técnicos e familiares. Esse foi um ponto importante, longamente discutido e, por fim votado. A associação incluiu trabalhadores do CAPS, usuários e familiares em seu estatuto.

A primeira diretoria foi toda composta por usuários. No início, a associação teve um objetivo específico, qual seja, receber financiamento para o projeto Saúde na Terra e para a comercialização dos produtos das oficinas, mas outras questões eram colocadas, tais como a participação social, a representação em órgãos de decisão e controle social, tais como a representação junto a Secretaria Municipal de Saúde visando manter conquistas e continuar lutando pela melhoria das condições de atendimento no CAPS. Foi um processo de muita discussão e crescimento para todos, e que culminou com a consolidação da associação. Atualmente, a associação enfrenta outros desafios e continua seu processo de construção de uma identidade e de um caminho. Sua sede fica no próprio serviço de saúde mental. Dentre suas dificuldades estão a renovação de lideranças e a qualificação das pessoas em termos de participação e militância política.

5.3. Espaço Físico

Partindo do objetivo da prática assistencial que era implementar uma proposta de formação política com as pessoas que participam de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental, a partir dos referenciais teórico-metodológicos da Pedagogia de Paulo Freire, foram sendo construídos mecanismos para a sua realização. A proposta foi levada em reunião da associação que acontece semanalmente, cuja sede está localizada na área física do CAPS. Uma vez que fora aceita a proposta e em face de negativa da solicitação feita a Secretaria Municipal de Saúde para que a prática fosse realizada no espaço físico do CAPS, foi acordado que o grupo seria transportado do CAPS até a UFSC. Desta forma, o local da realização dos encontros com os integrantes deste estudo foi uma sala de aula do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. A realização neste espaço tornou-se favorável pelo fato de ter proporcionado aos integrantes, novos relacionamentos que não somente os do ambiente do CAPS. A sala de aula possibilitou os recursos necessários, bem como a comodidade. O ambiente universitário pareceu receptivo aos olhos dos envolvidos, tendo em vista a curiosidade em relação ao local.

5.4. Sujeitos do Estudo.

Os integrantes do presente estudo foram pessoas que participam da associação de usuários.

Participaram das cinco etapas deste processo de formação um número oscilante entre oito a três integrantes da associação de usuários. Os critérios de inclusão foram o desejo e o

interesse de participar das atividades e que não estivessem vivenciando a experiência da crise no momento.

No decorrer do processo houve algumas ausências motivadas por situações de crise em alguns integrantes, viagens imprevistas de alguns, decisão de não participar ou participar de algumas outras atividades que não os nossos encontros. As ausências foram respeitadas levando-se em consideração as individualidades, o momento, o tempo e o ritmo de cada ser humano. Por considerar que alguns usuários são lideranças reconhecidas no movimento antimanicomial, escolheu-se não mostrar um perfil detalhado sobre os envolvidos no estudo, salvaguardando o anonimato dos mesmos.

5.5. Registro da Prática Assistencial .

A prática assistencial consistiu na realização de um processo educativo através da metodologia problematizadora de Freire e tendo como finalidade a formação política dos participantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental. Foram realizados cinco encontros em forma de oficinas onde discutimos o conceito de formação política na ótica do grupo, seus objetivos, os temas/componentes desta formação obedecendo criteriosamente os passos do arco de Magueres, expresso por Bordenave (1998).

5.6. Obtenção das Informações e Análise

As informações foram coletadas através de gravação em fita magnética das falas dos sujeitos, e posteriormente transcritas somadas às anotações do diário de campo.

A análise foi realizada à luz do referencial teórico a partir da seleção das falas e acontecimentos mais significativos que envolviam cada temática abordada.

5.7. Aspectos Éticos.

Conforme Vasquez (2002: 23) “ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é ciência de uma forma específica de comportamento humano”. A ética se ocupa de um objeto próprio, o setor da realidade humana que Vasquez (2002) chama de Moral, constituído de um tipo peculiar de fatos ou atos humanos. Em outras palavras, ética é um conjunto sistemático de conhecimentos racionais e objetivos a respeito do comportamento humano moral.

Neste sentido, os princípios que nortearam este estudo são: valorização da relação dialógica, horizontal, participativa e o potencial do ser humano. O enfermeiro, enquanto mediador, incentiva a construção da ética através da problematização da realidade, na qual as

pessoas pertencentes a um determinado grupo, qual seja, a associação dos usuários puderam trocar informações, refletir, decidir e agir de forma consciente.

A preocupação com as questões éticas se expressa na obediência aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Neste sentido, os dados foram coletados obrigatoriamente com a assinatura de consentimento livre e esclarecido (ver apêndice I) por partes das pessoas envolvidas neste processo. Os participantes foram informados, na primeira reunião, sobre os objetivos do estudo e realização das oficinas e convidados a participarem do processo, solicitado sua autorização para proceder às gravações e explicada a necessidade de se usar uma codificação ou pseudônimos como a finalidade de garantir o anonimato dos participantes. De comum acordo foi definida a utilização da letra I acrescido de algarismos arábicos.

6. A PRÁTICA ASSISTENCIAL REALIZADA E ANALISADA

Aprender é descobrir aquilo que você já sabe.
Fazer é demonstrar que você o sabe.
Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você.
Somos todos aprendizes, fazedores, professores.
Richard Bach

O capítulo discorrerá sobre o desenvolvimento da prática assistencial e a análise das informações colhidas.

No primeiro encontro participaram 08 (oito) pessoas, momento no qual foi explicado aos integrantes em que consistia o trabalho, os cuidados éticos e o que significaria este trabalho para cada um dos participantes, pois se avalia que muitas das desistências em iniciativas dessa natureza decorrem do fato de que as pessoas não conseguem perceber a contribuição que a sua participação tem em uma atividade com finalidade política e de como a mesma poderá fazer diferença em sua vida.

Freire (1993) relata que sempre que se luta ou se trabalha sobre algo tem de haver uma certa noção ou clareza sobre aquilo que se faz ou se luta, deve haver uma intenção de remover obstáculos e uma certa visualização do significado para sua vida. Talvez esta tenha sido uma das maiores preocupações no decorrer desta prática: que as pessoas encontrassem sentido no que estava sendo proposto.

Após esta discussão foram realizadas duas dinâmicas: (1) As pessoas ficando em círculo de mãos dadas e tinham que virar para o outro lado sem soltar as mãos. Objetivo: Discutir a vivência sentida de cada um, já que alguém tinha que tomar iniciativa, e ao se fazer isso se envolve valores, e não ter medo de correr riscos, versus medo de correr riscos. Nesta

atividade, as pessoas conseguiram realizá-la sem dificuldades, pois houve iniciativa de 4 (quatro) pessoas que já conheciam a dinâmica. Ao final discutimos o significado da dinâmica e com que objetivo se faz esta dinâmica. Surgiram vários relatos: “é para integrar”; “para se conhecer”; “buscar saídas”; “união”; “pensando em coletivo”. Após, foi falado sobre as atitudes que carregam consigo os valores, como o medo de quem não toma iniciativa, como correr riscos de quem toma. Assim será esta idéia, ou seja é preciso corrermos riscos, ousarmos, já que isto poderá estar presente em nossas atitudes.

Realizamos outra dinâmica (2) a pedido de um integrante, com a justificativa de que o mediador, também se envolvesse com o grupo. Isto foi importante, pois permitiu perceber-se como cada um estava visualizando o realizado. Consistia em o mediador ficar sentado de olhos fechados e aos participantes que tentavam explicar uma cor (vermelha) ao mediador, com algumas sugestões: “pense num dia terminando e a cor que vem deste momento”, “esfregaram as mãos para sentir a intensidade”, “fizeram carinho para sentir o calor”, “pegaram um objeto que emitia um calor e encostaram na minha mão”. Por fim, discutiu-se o significado. Alguns afirmaram: “não podemos fazer com que o outro sinta o que eu sinto, as sensações serão sempre diferentes e jamais alguém sente o que sinto”; “não podemos impor a visão de mundo a alguém, ele tem que buscar por si próprio, mas com alguma ajuda”; “ampliar nossa visão de mundo”.

Concluída esta fase de aquecimento foi iniciada a discussão sobre o significado de formação política através do Arco de Magueréz, conforme segue: *observação da realidade* - a expressão da realidade dos sujeitos; a *situação problema* - o tema gerador a ser discutido; os *pontos chave* seriam os porquês, as causas que tentam explicar a situação problema; *teorização* - o momento reflexivo aprofundado com literatura que explora e compreende o tema; *hipóteses de solução* são as possibilidades que as pessoas encontram, com base na teorização, para resolver o problema e a *aplicação da realidade* como sendo as estratégias escolhidas pelo grupo para resolver na prática com ações práticas a situação problema.

Neste estudo, os temas geradores e situação problema têm o mesmo significado.

Antes mesmo do início da análise da prática assistencial propriamente dita, foi considerada a primeira situação problema decorrente da *observação da realidade*, qual seja, a situação na qual se encontravam os sujeitos em face de recusa à solicitação para a realização da prática assistencial nas dependências do CAPS, provocando as seguintes manifestações: [...] “*nós queremos realizar a formação aqui dentro do CAPS porque ele é nosso e é aqui que nos tratamos...*” (I1); [...] *a associação tem autonomia para sair e nós temos que nos*

relacionar com outros segmentos[...] vamos pra vida, vamos sair do CAPS um pouco gente (I7).

Foi possível observar-se que os sujeitos, antes mesmo de procurarem identificar os prováveis motivos da negativa e refletir na busca de compreendê-los, praticam um “salto” por sobre a reflexão propondo prontamente, a solução. O imediatismo leva a proposição de possíveis soluções antes mesmo de se compreender o porquê de tal situação e de seus possíveis significados que bem evidencia a necessidade da prática da reflexão e as distintas percepções. A metodologia da problematização tem como ponto de partida a realidade do educando, os usuários. A realidade é um cenário onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos e que podem ser estudados em conjunto e/ou em partes de acordo com o grau de importância que lhe é atribuído, no momento da observação. Esta observação da realidade é dinâmica, isto é, “dependendo do tempo, do espaço, da capacidade e/ou da intencionalidade dos observadores, os problemas identificados e a relevância a eles atribuída podem ser diferentes de um observador para outro” (Horr et al, 2000: 124). De acordo com as autoras, a observação da realidade depende da visão de mundo e da experiência de vida de quem vai observar, e definem alguns aspectos do por quê, o que, e onde observar a realidade.

Nas discussões que se seguiram surgiu a questão da autonomia da associação em relação ao serviço, ao sistema de saúde o que gerou discordâncias entre seus membros, porém, a proposta aceita e concretizada foi a de realizarmos a atividade nas dependências do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Uma vez definido o problema através da observação da realidade, ou seja, os pontos importantes da realidade observada passam a ser identificados, na presente situação, “o que fazer para aprendermos a lidar com os problemas cotidianos”. Estes pontos, para (Horr et al, 2000:127) “são definidos como pontos-chave, ou focos da situação problema”. As identificações destes pontos chave partem dos questionamentos do porquê, ou quais as causas que provocaram a ocorrência do problema ou que estão relacionados com ele. Assim, os pontos chave da situação emergida do dia a dia do serviço de saúde mental vivenciado pelos integrantes de uma associação de usuários, têm suas raízes na dificuldade de não se saber como lidar de uma maneira coletiva com os obstáculos que se apresentam rotineiramente, já que [...]“*cada usuário fala uma coisa e no fim nada se resolve...*” (I7) é [...]“*cada um tentando resolver as coisas como ilhas... sempre isolados...*” (I1).

Percebe-se nas falas os indícios de hipótese de solução, através de um processo que Freire citado por Gadotti (1996: 717), denomina de “conscientização” ou seja: é quando uma pessoa ou um grupo de pessoas se conscientiza – “sem esquecer que ninguém conscientiza a

ninguém, mas que os homens e mulheres se conscientizam mutuamente através de seu trabalho cotidiano” – e é capaz de descobrir a razão de ser das coisas.

No presente estudo, esta “conscientização” levantou a temática propriamente dita uma vez que, para Freire, apontado por Gadotti (1996), o descobrimento deve vir acompanhado de uma ação transformadora, como expressa na seguinte fala; [...] *há a necessidade de qualificar não só as experiências que se tem na área da psiquiatria e o cotidiano no serviço do CAPS, mas todo saber que carregamos diante das situações da vida, por isso a formação política...* (I7).

Freire (1980) fala da conscientização como desenvolvimento crítico da tomada de consciência, onde se procura conhecer uma realidade, desvelá-la e transformá-la. Assim, a formação política torna-se importante porque há o interesse para se transformar os conhecimentos e as vivências, já que como ponto chave tem sua importância porque [...] *“leva-nos a adquirir consciência não só para as coisas a respeito de si, mas para um coletivo...”* (I5).

Neste primeiro momento está sendo mostrado o percurso da construção da necessidade do tema e seu posterior desenvolvimento.

Após essa breve discussão apontando a necessidade do tema, foi proposto o que Freire denomina de explosão de idéias. No quadro verde foi escrita a frase: *Formação política é...* brotaram, então, as seguintes palavras: *Cidadania (exercer direitos); Conhecer os direitos; Direito de expressão; Direitos e deveres; Respeito e liberdade; Integração; Cobrar direitos; Participação; Comunicação; Consciência; Justiça; Estar sempre aprendendo e ensinando; Troca constante de experiência; Influência homem e natureza; Democracia; É poder; Ética; Busca por seu lugar no mundo “quem sou eu?”; Educação; Sem preconceito; Reivindicação; Prazer/tesão/amor pela vida; União e sinceridade entre os envolvidos no processo.*

Realizada a explosão de idéias, iniciou-se a elaboração de um conceito do que seria formação política para o grupo. A partir da explosão de idéias foram articuladas as palavras, seus significados e significantes e elaborado o conceito de formação política, qual seja:

Formação Política é a busca de uma consciência coletiva, que possa ser compartilhada entre pessoas oprimidas, visando à libertação de todos os envolvidos no processo, através da educação popular. E, ainda, Formação Política é ampliar a visão de mundo através do exercício de cidadania.

Após este breve esboço sobre o conceito de formação política, o grupo passou a discutir os conteúdos que compõem a formação e os conteúdos que dão sentido ao seu desenvolvimento.

Este processo de construção, refletido na fala [...] *temos de pensar os temas para compor esta formação*”(II), mostra a medida da compreensão que os usuários possuem da realidade e dos conteúdos necessários as suas práticas vivenciais diárias no campo da saúde mental e da vida.

O passo seguinte foi a solicitação, pelo mediador, para que os sujeitos indicassem quais seriam os conteúdos que poderiam ser trabalhados. Foram eleitos os seguintes conteúdos:

Conhecer os direitos dos usuários através das legislações em saúde mental.

Conhecer o panorama da realidade da reforma psiquiátrica brasileira com ênfase em Santa Catarina no campo da saúde mental.

Controle social – SUS.

Compreender as relações humanas, relações de poder.

Discutir a associação dos usuário.

Formação profissional.

Estes conteúdos são reconhecidos como situações problema. Partindo das falas, a sugestão foi de que alguns usuários ficassem encarregados de iniciar a discussão, de pelo menos um tema acreditando que eles se envolveriam no processo. Havendo aceitação, foram distribuídos os temas entre os participantes. Nos encontros seguintes as discussões sempre foram iniciadas dentro da metodologia problematizadora, ou seja, a partir das situações-problema (conteúdos). Para Bógus (1998: 35) “os aspectos metodológicos devem procurar garantir a coerência entre o conteúdo e os objetivos, e para isto deve-se considerar as características da população e lembrar dos princípios da educação popular”. Como princípios desta educação popular nos pautamos em Bógus (1998: 51) para afirmar: “aprendizagem a partir do conhecimento do sujeito popular, ensino a partir dos temas geradores, conceito de educação como ato do conhecimento e transformação social como os aspectos político da educação”.

Formação Política – Palavra Geradora

Tomando a reflexão do processo da Reforma Psiquiátrica que tem como seu principal objetivo a desinstitucionalização, Venturini (2003: 176) revela que o autêntico indicador para a efetivação deste é a “presença ativa dos usuários”. Apesar da concordância com o autor, impõe-se a preocupação de como pode ser construída a qualificação nesta atuação, já que as especificidades da saúde mental requerem uma “atuação cuidadosa” diferenciada. Nesse sentido, será conveniente abordar o tema formação política, percebida dentro do exposto pelos

usuários “em cena”, para que este tema se torne, como bem diz Freire (1980), uma palavra geradora. Ou seja, que a formação política torne-se aquela palavra que passe a fazer parte da linguagem cotidiana das pessoas, onde sua condição passe a gerar outras palavras, o que permitirá, conforme Freire (1980), tanto uma leitura e uma escrita lingüística como uma leitura política.

Na voz dos integrantes da associação: *Formação Política é a busca de uma consciência coletiva, que possa ser compartilhada entre pessoas oprimidas, visando à libertação de todos os envolvidos no processo, através da educação popular. E ainda, Formação Política é ampliar a visão de mundo através do exercício de cidadania.*

Quando analisado e comparado o conceito elaborado pelo grupo em relação ao referencial teórico utilizado, qual seja:

É a busca pela superação do senso comum, qualificando o conhecimento adquirido na prática da militância e oferecendo instrumentos teórico-metodológicos para que se possa compreender, na radicalidade necessária, não só as questões postas pela luta cotidiana, os movimentos contraditórios, ou melhor, apreender a totalidade social e as questões conjunturais e cotidianas no bojo dessa mesma totalidade, Tumolo (2002: 247).

Foi contudo, possível perceber-se que no conceito do grupo não aparece explícita a preocupação com o processo pedagógico, ou seja, para o grupo, o nível teórico e o metodológico não são postos como partes integrantes para se compreender a prática.

Para Bógus (1998: 63) formação política é:

uma prática educativa na amplitude de sua proposta: pressupostos, objetivos, metodologia, forma de desenvolvimento, resultados e impacto. A proposta pedagógica dos cursos de formação procura privilegiar a construção do conhecimento, através do diálogo, em uma relação horizontal de troca entre os envolvidos no processo em uma perspectiva de ação comunicativa; de que a ação educativa, baseada na perspectiva da ação comunicativa (diálogo), resulta em aprendizagem e transformações no âmbito do mundo da vida.

Assim o objetivo da educação presente no conceito de formação política pode ser considerado como de criar e possibilitar a percepção, sensação, pensamento e, quiçá, ação em relação a uma situação.

Este conceito é revestido por uma matriz de consciência, opressão, libertação, educação popular, ampliação da visão de mundo e cidadania e, cada palavra uma história, cada história uma mensagem, cada mensagem um encontro. Formação política visa um encontro ou uma busca ao que se denomina de consciência coletiva.

Para Gadotti (1996: 716), citando Freire, “consciência é um caminho para algo fora de si mesma que a rodeia e a apreende graças a seu poder de ideação”. Em se tratando a

consciência como um caminho de descobertas e possibilidades, esta se aproxima ainda mais de Freire citado por Gadotti (1996: 716) em relação à consciência crítica como sendo:

o conhecimento ou a percepção que consegue desocultar certas razões que explicam a maneira como estão sendo os homens no mundo, desvela a realidade, conduz o homem à sua vocação ontológica e histórica de humanizar-se, fundamenta-se na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos homens sobre a realidade, promovendo a transformação criadora. É a consciência inquieta pela causalidade.

É com esta perspectiva que a busca pela consciência coletiva constitui o primeiro passo para o reconhecimento da formação política e seus desmembramentos, ao que se poderia também denominar de consciência crítico-coletiva, que é quando o grupo percebe, sente e pensa a partir da necessidade de algo em comum, no caso, o desvelamento de uma realidade em comum, sua problematização e a superação.

Dentro deste reconhecimento é importante, como afirma Venturini (2003), esclarecer os conteúdos, sem se esquecer o *porquê e para quem e com quem se age e como se agir*. Ao se identificarem como pessoas oprimidas, ou seja, pessoas que se sentem discriminadas e excluídas pelo fenômeno da loucura e com isso oprimidas e limitadas, tendo que se normatizar⁸ pelo regramento social que não aceita a expressão das diferenças. Para Vasconcelos (2003: 68) citando Foucault “uma sociedade normatizadora é o resultado histórico de uma tecnologia de poderes centrado na vida”. Poderes expressos pelo domínio médico em relação ao controle da loucura. Pessoas oprimidas são objetos dos opressores. Para Freire, citado por Gadotti (1996: 726) e os opressores “são os que governam por violência e que ferem a vocação ontológica do homem”.

Assim sendo, opressão no campo da saúde mental é feita pelo controle da loucura, seja por práticas repressivas seja por relações de poder, o que oprime por seus procedimentos disciplinadores do corpo e da ideologia, imbuindo nestas, efeitos iatrogênicos de que loucura é “doença mental” e tem de ser “tratada”. Evidente que por detrás desta psiquiatrização existe o grande controlador modo de produção capitalista, que explora o homem pelo homem, e que também lucra através das indústrias farmacêuticas.

Para Lobosque (2003: 98) as relações de opressão são norteadas “pela violenta necessidade da instituição psiquiátrica hospitalar para controlar a loucura, em seu paradigma

⁸ De acordo com Vasconcelos (2003: 68) normatizar com (t) é utilizado para se referir a indução de padrões de comportamento considerados normais através de poderes disciplinares, para poder diferenciar da noção de normalização (com l) que possui uma perspectiva teórica de desenvolvimento na Europa e nos países anglo-saxões, focada nas políticas de desinstitucionalização.

que acopla a dimensão médica á dimensão carcerária, o terapêutico ao correcional, a cura à normatividade”.

Esta luta, este enfrentamento frente ao “aprisionamento da loucura” requer, dentro de uma lógica crítica, um processo de libertação.

Libertação, segundo Freire expressado por Gadotti (1996: 724), é “uma práxis que comporta a ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo”. Assim, liberdade é uma conquista, luta-se porque não se possui. Liberdade é a prática de escolhas.

Liberdade seria a sociedade conviver com a loucura e os loucos, seria não existir exploração dos loucos e da loucura pelo modo capitalista através da medicalização irrestrita, da indústria farmacêutica. Liberdade é aniquilar com estes mecanismos de controle do louco e da loucura em face de liberdade, dignidade, cuidado e qualidade de vida.

É através da educação popular que se pode almejar a liberdade, a educação popular como sendo:

um esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; capacitação científica e técnica. É preciso transformar esta organização do jeito que está posta. A organização e mobilização são realizadas para o exercício do poder que necessariamente se vai conquistando, depois que entendo essa organização também do saber... compreendo o saber que é sistematizado ao interior de um saber fazer próximo aos grupos populares, FREIRE (1993: 19/20).

Educação popular é um modo de conhecimento que tem como ponto de partida a prática política, pois o conhecimento do mundo é também feito através das práticas do mundo. Para Kujawski (1994: 78), citando Ortega y Gasset, “o homem conhece para viver, sem dúvida para viver melhor, o que significa viver à luz do descobrimento”.

Neste sentido, os integrantes do grupo manifestam uma aproximação com a idéia de Freire (1993), quando este relata que a educação popular é feita da junção da revisão da prática teórica e a superação das práticas de saber dos corpos que resistem e se defendem. Este é o campo da educação popular. Com a educação popular, temos como produto; a ampliação da visão de mundo.

Ao se falar sobre os objetivos da formação política como sendo a ampliação da visão de mundo é o que Freire, citado por Gadotti (1996: 732), “denomina de visões de fundo, que para ele a visão se transforma a medida em que os homens, refletindo sobre si mesmos e sobre o mundo, aumentam o campo de sua percepção”. Ampliar a visão de mundo é aumentar a capacidade de conhecer o que se conhece, é olhar o que é familiar com novos olhos.

Ao ampliar-se à visão de mundo para se falar sobre Cidadania, Freire (2000a: 45) relembra que cidadão “significa indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado

e que cidadania tem que ver com a condição de cidadão, quer dizer, com o uso dos direitos e o direito de ter deveres de cidadão”.

Para Bógus (1998), como vimos anteriormente, a formação política do Movimento da Saúde da Zona Leste (MZSL) tinha como objetivo a capacitação dos participantes dos conselhos de saúde, através de cursos, procurando garantir:

- 1) a efetiva participação dos conselhos na condução dos programas de saúde;
- 2) que os conselhos tivessem acesso às informações essenciais à sua função, para que os mesmos pudessem efetivamente participar da tomada de decisões nas unidades de saúde;
- 3) que os conselhos fossem agentes de conscientização da população a partir dos problemas de saúde, buscando organizá-la para o desenvolvimento da sociedade;
- 4) que, à prestação de serviços de saúde, se integrassem ações educativas.;
- 5) pretendia-se formar multiplicadores para futuros treinamentos.

O objetivo do curso tinha um duplo objetivo: capacitar conselheiros e formar lideranças para militarem dentro do próprio MSZL.

A formação política produz inquietudes para a prática da cidadania, é o mesmo que Freire (2000a) diz ao afirmar que a compreensão dos limites da prática educativa demanda indiscutivelmente a clareza política dos educadores com relação a seu projeto. Ou seja, para a prática da cidadania é valorativo conhecer os direitos e deveres, mas tomando a loucura como especificidade, em nome de quais direitos o louco exerce sua cidadania ou que deveres o louco tem numa sociedade que se considera racionalista? Esta interrogação será abordada no capítulo sobre cidadania. Para Freire (2000a) um dos obstáculos do exercício da cidadania, é o problema da luta de classes, para o autor a classe burguesa detém o poder sobre as demais classes e regula as relações.

O objetivo da formação política em transformar a vida seria ter a clareza e a consciência da necessidade da mudança em relação às condições sócio-econômicas em que se vive e, ainda, repensar os valores e crenças em relação à própria vida e aos demais viventes.

Desta forma, a formação política, para o grupo, pode ser enunciada como o despertar da consciência para a libertação da opressão através da educação popular com o intuito de transformar a vida.

Ainda como objetivo, o fim do manicômio, seria para Lobosque (1997) o fim do hospital psiquiátrico, tomado como um dos instrumentos possíveis de dominação da loucura, não é condição suficiente para subverter esta dominação; o fim do hospital psiquiátrico como

baluarte de todo um paradigma, ou seja, como mirante imprescindível a um saber que domina, é necessária condição para uma abordagem do louco como cidadão.

A formação política possui uma nuance de intervenção sobre a sociedade que automaticamente produz efeitos no sujeito e no próprio grupo. Visando a militância, a formação política abre espaço para o desenvolvimento da auto-estima e do reconhecimento da sociedade pela originalidade do grupo.

Direitos e Legislação no campo da saúde mental

A partir das discussões relacionadas ao tema da legislação, serão analisados temas como luta por direitos, defesa de direitos, estratégias para a noção de direitos, já que constituem reflexões e tarefas que exigem disponibilidade para uma ação informada e política.

Breve apresentação do contexto inicial das discussões

Cinco usuários da associação participaram das discussões que tiveram como base o tema Legislação. Dos oito participantes do primeiro momento, um viajou para o Rio Grande do Sul, outro para o Rio de Janeiro, outro surtou e foi internado em Hospital Psiquiátrico, e um decidiu ficar namorando, já que a namorada não quis acompanhá-lo. Por fim, dois não quiseram participar porque o horário de nosso encontro chocava com oficinas das quais participavam no CAPS. Falei com os coordenadores das oficinas e estes os liberaram, mas decidiram não ir mais.

Estes fatos levam a refletir e concordar com Silva (2000a) que estes espaços assistenciais produzem certas dependências do usuário ao serviço. Isso decorre não de um imobilismo deste ou da acomodação do outro, mas por causa da fragilidade ou ausência de uma rede social efetiva que acolha pessoas em “tratamento”⁹ psiquiátrico. Os serviços se estabelecem como “porto seguro” permanente, ao invés de simples referência.

Um fator que deve ser lembrado é a questão da responsabilidade. Lobosque (1997) refere que, em algumas ocasiões em que o sofrimento mental não chega a tomar de tal forma o seu portador, basta alertá-lo, lembrar-lhe a responsabilidade que é sua: isto funciona!

Neste sentido, é imprescindível relatar-se a importância estabelecida na relação profissional-usuário pela cumplicidade e apoio no cuidado em saúde mental, que são cruciais para que se construa este alerta. Como forma de ausência ou resistência à participação em

⁹ Utilizamos aspas por não nos associarmos a esta palavra que denota um sentido ligado a medicina, se não consideramos loucura como uma doença, então ela não pode ser tratada e sim cuidada. Tratamento está intimamente ligado ao modelo curativista.

atividades fora do espaço “terapêutico”, Silva (2000a) revela que o “tratamento” é uma conquista que o usuário não quer perder e por isso, há o receio de se afastar do serviço. Outra possibilidade é que dentro da instituição está garantido o cuidado¹⁰ e as regras flexíveis. O sujeito é compreendido em suas regras, há tolerância maior, o que não ocorre fora com a inexistência visível de espaços que possibilitem as trocas sociais de confiança. Desta forma, ocupar outros lugares da sociedade é um desafio permanente.

O primeiro dos encontros (que ocorreram nas dependências da UFSC) foi iniciada com agradecimentos pela presença de todos, na seqüência, como dinâmica, foi distribuída uma folha com uma poesia impressa (apêndice II) para a mesma fosse percebida, sentida e pensada numa dimensão pessoal e numa dimensão coletiva. Ao propiciar espaço para que as pessoas falassem, todos ficaram quietos. Foi lida, então, em voz alta, mas ficou apenas no plano da leitura. Em todo o início dos encontros, em outros processos de formação, foram realizadas dinâmicas, como por exemplo, a do barbante, indicada anteriormente.

A ginástica também deveria ser sempre muito utilizada antes do início dos encontros, conforme recomenda Bógus (1998). Contudo, na prática desenvolvida durante os encontros de formação política, que apesar de baseadas no diálogo, foi insuficiente. Por outro lado, por serem as discussões embasadas em reflexões e pensamentos, a suposição de que a associação de um poema poderia expressar como a vida dos envolvidos se manifesta, não se efetivou. Talvez não fosse o momento exato ou não desta forma vista como tradicional.

Em seguida foi distribuído um papel com o conceito formulado pelo grupo sobre formação política e os conteúdos que compõem esta formação. Foi lido em voz alta por um participante e, em seguida foi lembrado que cada pessoa, num momento anterior, havia se comprometido a iniciar a discussão e que para o tema legislação, como a pessoa encarregada não se fazia presente, caberia ao mediador fazê-lo. Após, cada um receber um papel com algumas perguntas em relação ao tema da legislação (apêndice III)¹¹ sendo que a leitura foi feita em voz alta, já que alguns dos presentes apresentavam dificuldades para ler. Essa dinâmica foi uma estratégia para poder iniciar a discussão, bem como fazer a relação com o referencial teórico.

¹⁰ Cuidado em saúde mental é entendido como: uma atitude de ocupação, preocupação, compromisso, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o usuário. Apontam Alves e Guljor (2004) algumas premissas básicas: 1) liberdade em negação ao isolamento; 2) integralidade em negação à seleção; 3) enfrentamento do problema e do risco social; 4) conceito de direito sobre a noção de reparo; 5) propiciar a autonomia possível

¹¹ Para haver um rigor com a metodologia problematizadora, as situações problemas citadas no decorrer do trabalho, foram alicerçadas pela provocação em forma de perguntas.

Legislação em saúde mental

Vasconcelos (2003), ao refletir criticamente em relação ao *empowerment* e à defesa de direitos em saúde mental relata que o conhecimento sobre os aspectos históricos, teóricos, legais e políticos que intervêm no processo de formulação legal e prática em um campo determinado, é um dos primeiros passos para, como reafirma Freire (1980), desvelar a realidade.

Nesse caminho, a compreensão histórica que antecede o tema se faz necessária porque comunga com os pontos-chave do referencial.

[...] este tema da legislação surge da necessidade de nós usuários entendermos nossos direitos, porém precisamos entender porque existe a lei? Porque existe justiça?.. (I1);

[...]“para sermos normais?...” (I4)

Freire (1993), ao falar da pedagogia da pergunta, expressa a inteligência que se caracteriza nas pessoas. Acrescenta ainda que é preciso retomar as perguntas: quem elaborou as normas e pautas da instituição? A quem estas servem? Quem tem poderes para interpretação da norma ou do regulamento? Para Freire, a partir desse ponto de referência a pessoa descobre que sua capacidade de entendimento da realidade é mais ampla do que os horizontes da instituição.

Para Freire (2001) sempre há a preocupação da educação popular em ir à substantividade das coisas e dos fenômenos, perguntar, indagar, duvidar das certezas epistemológicas, histórica e ideologicamente consagradas.

Perguntas são parte fundamental do processo cognitivo que podem resultar na consciência crítica, no conhecimento mais adequado e verdadeiro. Perguntas despertam a curiosidade epistemológica. Requerem respostas políticas tão necessárias às transformações do mundo.

A pergunta da fala carrega em si a preocupação com as raízes da questão, pois anterior à saúde mental, o regramento social existente pressupõe um determinismo histórico que justifica esta “normatização” na sociedade.

O portador de transtorno mental possui também uma legislação que visa garantir seus direitos. Porém, como ela é percebida pelos integrantes? como resposta obteve-se:

[...] então a legislação é isto, a gente legisla uma ação, uma fonte de formas”. (I1)

Para Vasconcelos (2003), toda legislação social e de saúde significa uma tentativa de regular diferentes e conflitantes linhas de interesses coletivos e individuais e as relações de

poder que atravessam o campo, que por sua vez expressam desafios, dilemas ou paradoxos básicos e estruturais dos seres humanos.

De posse desta compreensão, sua utilização fica proporcional às situações que os integrantes vivenciam, ou seja, a legislação passa a ter um significado à medida que ela passa a ser usada no cotidiano deste integrante.

[...]“durante minha última internação em Hospital Psiquiátrico, neste ano, devido a lei 10.216 que tá dentro da legislação de saúde mental também, eu não quis continuar internado e falei da lei à médica, pedi a ela e me liberou, então a legislação tem poder e a necessidade é da associação de ter poder”. (I2)

Para fazer uso da legislação e colocá-la na prática assim como feito pelo integrante, faz-se necessário o alerta da fala a seguir, tendo em vista a construção desta informação que na fala dos integrantes mostra tanto o valor da legislação como do nível desconhecido.

[...] “nós deveríamos estudar a legislação lá na associação, item por item, estudar a lei 10.216 que é nossa e que tanta gente desconhece, quem aqui não conhecia a lei?” (I2) - 3 dos 5 participantes desconheciam a lei 10.216.

[...]“nós temos é que conhecer mais a legislação da saúde mental, estudando tudo mesmo...”. (I5)

Para Bógus (1998), o processo educativo em que as informações transitam pelo diálogo e pelo acesso ao conhecimento, a educação adquire mais valor quando a capacidade da pessoa em manejar a informação é desenvolvida. Para a autora, o uso que se faz das informações, a partir dos conteúdos acumulados pelos atores configura-se na qualidade da participação e soluções para seus problemas.

No campo da saúde mental, estes conhecimentos possuem delimitações conforme a fala abaixo destaca:

[...]“então, existem as leis e portarias, nós temos a lei maior a 10.216 que é a lei Paulo Delgado e várias portarias, como por exemplo a 336 que fala dos CAPS... a constituição de 1988 e as conferências em saúde e saúde mental”. (I2)

Dois outros documentos que merecem ser conhecidos e que no momento não foram mencionados são: em primeiro, Carta de direitos e deveres dos usuários de familiares dos serviços de saúde mental (anexo I), produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial realizado em Santos, no mês de dezembro de 1993. Em segundo, a carta de proteção de pessoas com problemas mentais (anexo II) e a

melhoria da assistência à saúde mental, da Organização das Nações Unidas, de 17 de Dezembro de 1991.

Contudo, percebe-se que há clareza de que não basta apenas o conhecimento no campo da saúde mental, mas sim o conhecimento que diz respeito à pessoa enquanto cidadã, ao se referir a constituição de 1988. Isto reflete também a forma de como o integrante se vê, como uma pessoa de direitos e deveres.

Defesa de Direitos em Saúde Mental

Para Lobosque (1997) no caso da loucura, estamos às voltas com uma diferença perturbadora, que tem provocado reações de violência e discriminação. Num dado momento histórico, a psiquiatria assumiu a gestão dessa diferença, insuportável para certas formas de estruturação social; aceitou o mandato da administração da loucura, sob o pretexto do tratamento. Como devolver à cultura a gestão de sua convivência com os diferentes, resguardando para a saúde mental um espaço clínico para cuidar do sofrimento que a diferença possa causar ao sujeito louco? O direito será um parceiro indispensável, se nos propusermos de fato a tal operação.

Em termos de operacionalidade, é interessante destacar Mergner (2001) ao conferir que o pré-requisito básico para a dignidade humana do indivíduo não é o seu amor pelo outro, mas o próprio direito da pessoa. O amor tende a dilacerar fronteiras, negar singularidade e as peculiaridades do indivíduo. Direitos, servem para delimitar fronteiras, afirmá-las e reconhecê-las.

Em se tratando de cidadania e direitos no campo da saúde mental, Vasconcelos (2003) relata que a tradição ocidental do Iluminismo, através de uma noção implícita de igualdade universal e de liberdade de todos os seres humanos, é derivada de uma visão racionalista do ser humano. Portanto, como conceber os direitos humanos em caso de loucura que, por definição, é irracional? Este paradoxo propõe então o dilema entre pólos tais como capacidade versus incapacidade, responsabilidade civil e criminal versus imputabilidade, entre outros.

Vasconcelos (2003: 184), ao falar sobre a noção de direitos coloca:

a sociedade – via provedores dos cuidados social e de saúde – tem a obrigação moral e social de providenciar sustento e tratamento para aqueles com sérios transtornos mentais. Todavia, isso significa o direito de suspender todos os direitos e responsabilidades civis dos portadores de transtornos mentais, permitindo inclusive detenção forçada e tratamento involuntário?

Essas questões de fundo remetem os integrantes não só ao reconhecimento do que são seus direitos ou que direitos estão buscando, mas, e principalmente, com dilemas que se entrelaçam no dia a dia:

[...]“porque não sabemos de nossos direitos, por exemplo, sou obrigado a tomar remédio dentro do hospital psiquiátrico?” (I3), (fica silêncio dentro da sala).

Para tais dilemas, conforme Vasconcelos (2003:182), não há ou haverá nenhuma resposta direta ou definitiva, mas somente aproximações práticas, contratuais/consensuais ou impostas, através de mecanismos institucionais e legais temporários que mediam tais conflitos, construindo acordos, ou impondo uma perspectiva particular de dominação.

Estes dilemas que emergem da vida diária são muitas vezes “prevenidos” com base no incentivo das relações sociais em que a pessoa estabelece, e que ao se deparar com alguma situação de conflito, os direitos podem servir de proteção.

“eu tinha um vizinho que era advogado, ele sempre dizia para eu saber meus direitos”. (I4)

Neste caminho, a noção de direitos no campo da saúde mental atravessará uma margem de proteção e de descoberta. Como se segue:

[..] uma curiosidade é que no Brasil nós temos mais de oitocentos mil leis, quantas vocês conhecem? (I1). (Risos de todos).

[...] eu conheço a lei 10.216, já que existem várias outras, mas esta é o centro podemos distribuir a cada usuário (I2).

Ato contínuo foi entregue aos presentes um conjunto de leis e portarias (anexo III) e das quais passou-se a ler, em grupo, a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Houve inquietação quando da leitura do artigo 2º, que diz “nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo”. Segundo os participantes, nos serviços de saúde mental pelo quais passaram, nada foi falado sobre esta lei.

Conforme Mergner (2001), é de suma importância que a lei prevalecente inclua a dignidade de todos os seres humanos. Dessa forma, o direito e a justiça social tornam-se

também uma inegável parte dos inalienáveis direitos humanos, assim como o direito de não sofrer injúrias.

Estratégias para despertar e abordar a noção de direitos

Um dos problemas apontados é a falta de envolvimento e de participação de outros usuários quando se trata de busca de direitos pois, para muitos, o atendimento prestado pelo CAPS é compreendido como sendo a expressão de seus direitos atendidos, ou seja, o único direito é ter o CAPS como direito.

[...]“não sei como mudar isto, mas acho que o CAPS deveria dar alta para todos os usuários, aquela paródia na água na bunda... o usuário sairia e em contato com a realidade difícil, esta abre espaço para a dor, para o desespero e aí procurariam compreender seus direitos, pelo menos eu acho”. (I1)

Na expressão acima se depreende que, a retirada do direito ao CAPS forçaria o usuário a buscar seus direitos. Pode também indicar que o CAPS, ao prestar cuidados e na maneira como estabelece a relação com o usuário atende a um direito e, ao mesmo tempo dificulta o acesso a outros.

Cirigliano (2001) relata que é preciso começar de novo, fazer o novo cultivando uma fragilíssima planta de esperança constituída de justiça. Somente a justiça poderá abrandar a brutalidade atroz da exclusão que leva à escravidão. Mas como obter justiça?

Freire (1993) refere que as pessoas vão se deparando com os limites de sua existência, vão aprendendo e resistindo e vão realizando um saber corporal. É a água que não chega na casa, é o quarto que está faltando espaço, é o corpo que aprende em suas faltas. Isto, para Freire, é uma forma de conhecimento direto.

Sombreando as idéias de Freire, talvez somente a necessidade sentida individualmente ou em coletivo é que esta consciência desperte para a mudança e o enfrentamento tome forma.

[..] acho que para resolver isto, deveria ter uma coordenação ou secretaria ou departamento jurídico dentro da associação com advogados voluntários”. (I1)

Para a Reforma Psiquiátrica, apontada por Amarante (2003) ao descrever a dimensão jurídico-político, considerando a fala acima o desafio é a inovação, pois há a compreensão que a associação, uma entidade jurídica, por si só não consegue dar conta das situações que envolvem o campo jurídico.

Em se pensar estratégias mais amplas que favoreçam acima de tudo a acessibilidade, que no Brasil (2005a) reflete na qualidade do atendimento em saúde mental e se pensarmos em construir a rede de serviços substitutivos, as associações são dispositivos cruciais nesta lógica, caminhos mais gerais devem, não só ser pensados, mas efetivados, como demonstra a fala do grupo:

[...] “nós temos que pressionar o ministério da saúde e da educação de alguma forma, os conselhos de saúde, assistência social, os CAPS, e fazer uma mobilização social mesmo, e fazer uma cartilha com os direitos dos usuários e familiares, incluindo como se faz para participar da formulação das leis, bem ilustrada; ter um telefone 0800 para você poder ligar e ter acesso a seus direitos; uma página na internet para quem tem acesso, que fale somente sobre os direitos, legislação etc; ter uma assessoria jurídica do ministério de saúde para as associações e assessoria jurídica dentro das associações.

A consciência e a clareza de se perceberem mecanismos que se aplicam na realidade, vivenciada reflete uma consciência crítica indicada por Freire (1980), pois não só desvela a experiência como aponta saídas para esta.

Para Vasconcelos (2003) a implementação destes desafios tem sido controlar a tensão dinâmica sem sucumbir à burocracia e procurar preservar a margem de manobra em defesa da promoção das necessidades e direitos dos usuários. Lembra o autor que as constantes limitações financeiras e de recursos para a realização destes mecanismos podem indicar uma drástica fonte de desestímulo para os usuários que estão com estas expectativas. Estes tipos de conhecimentos devem ser sistematizados e estar disponível para um número maior de usuários possíveis, para que se faça a mobilização de fato.

Reforma Psiquiátrica - RP

Os integrantes da prática elegeram este tema, pois acreditam que ele carregue consigo uma história que possa orientá-los num sentido de compreensão, crítica e, ao mesmo tempo, libertador. Elegemos alguns pontos dentro desta discussão, a seguir abordados.

Complexidade da Reforma Psiquiátrica

O tema da reforma psiquiátrica foi discutido a partir de um Boletim do Ministério da Saúde, trazido por um usuário. A opção foi pelo subitem complexidade, já que este termo merece o esclarecimento para que não seja entendido com equívoco, como segue:

[...] SC tem 35 CAPS cadastrados em 2004, mas a reforma é organização da rede e ainda não temos residências terapêuticas, que tem portaria para isto, e Florianópolis, tem um CAPS na policlínica, um CAPS II Ponta do Coral. Não temos SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência em saúde mental), não temos leitos em hospital geral cooperativas de trabalho, emergências para nossas crises (II).

Na representação do integrante, a reforma é compreendida como uma organização de serviços, dispositivos que conformem a idéia de rede.

Esta noção permeia o imaginário social de várias pessoas, dentre elas profissionais, usuários, familiares e até pesquisadores do campo da saúde mental. Amarante (2003) admite que a confusão ora estabelecida foi ocasionada também pela pesquisa; A trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil, deu origem ao livro “Loucos pela Vida” do mencionado autor, e a definição de RP no referido livro ainda serve como referência para muitos trabalhos. O conceito desenvolvido de RP naquele momento da pesquisa ficou limitado, atualmente é superado por uma definição ampla de Reforma Psiquiátrica.

Reforma Psiquiátrica tem sido um termo muito utilizado, pois sua conotação salvaguarda, com o passar dos tempos, um significado histórico, idéia de transformação, questionamento, contundência, movimento, e em momentos atuais, processo social complexo. Para Amarante (2003), processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último, é uma constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Processo Social assinala que existem atores sociais envolvidos, dentre eles as associações de usuários, e que possuem interesses e formulações em conflitos. Processo Social Complexo porque se configura na articulação de dimensões simultâneas que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade. É necessário que a RP viabilize uma transformação que altere a essência e não meros reparos na assistência psiquiátrica tradicional.

Amarante (2003), para falar da complexidade que a RP invoca se reporta a Stengers para imprimir que não se trata de uma nova visão de mundo, nem novo tipo de teoria. A questão da complexidade é prática, ela se coloca quando um novo encontro empírico impõe um novo questionamento de poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava. Ao lembrar de Husserl, Amarante (2003) revela que esta complexidade significa a suspensão de conceitos e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão.

Esta complexidade se confirma nos pontos-chave ao passo que os integrantes tentam desvendar as origens deste processo:

[...] o interesse na reforma psiquiátrica é porque ela nos mantém atualizados, nos faz entender que o CAPS não caiu do céu, a associação não caiu do céu, temos que entender que a atualidade tem uma história.... (I1)

Tomando a RP como um processo e que está em constante movimento, sem um fim determinado, uma constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história, a RP tem esta propriedade histórica que permite servir como referência para uma linha de compreensão em termos de tempo. A fala revela que a RP serve tanto para demonstrar entendimento em relação aos fatos quanto esperança dentro de um acompanhamento em relação ao que está sendo feito no campo da saúde mental.

Porém, há uma preocupação de sabermos os porquês das situações problemas que configuram o valor dado ao tema, para se desvelar o que leva aos participantes a tomarem como preciosa a discussão da RP:

[...] um problema é que as pessoas e muitos usuários do CAPS e da associação nem sabem o que é reforma psiquiátrica, assim como eu.(I5)

Para Vasconcelos (2003) linhas diferentes de respostas às questões básicas irão implicar em modos alternativos de lidar concretamente com os portadores de transtorno mental e seu cuidado, bem como dar respostas legais aos desafios e conflitos no campo da saúde mental.

Numa mesma direção, visando a superação deste fato, o integrante aponta como hipótese de solução:

[...] nós temos que discutir reforma psiquiátrica nas reuniões da associação, abrir espaço fora das reuniões que não somente na sexta.... temos que criar momentos para conscientizar os usuários da reforma. (I4)

Ao se problematizar RP para o grupo e especificamente para este integrante, surge a percepção de que estudando, discutindo e incitando a pensar sobre o tema seja um caminho para a “tomada de consciência”, que para Gadotti (1996) é a “*prise de conscience*” ou seja, é o despertar para o querer, porém ainda não se manifesta a ação.

Importante é que a ação depende da interpretação que temos da situação, assim, por outro lado, quando a noção de RP se torna mais clara na percepção de quem a vivencia, observamos que este tema passa a ser responsável pelos fatos, como confirma a fala:

[...] saí do hospital há uma semana e não tinha para onde ir, fui no Hospital Universitário tomar medicação e depois de algum tempo consegui vaga no CAPS, mas foi difícil, porque a fila de espera é grande, então cadê a reforma? (I5)

Novamente aparece a reforma como organização de serviços, assim corre-se o risco, como aponta Amarante (2003), de não mudarmos. Porém, este é um processo permanente; num primeiro momento tem-se que desmistificar o que cada integrante entende por RP e após qualificar o que cada pessoa traz de sua realidade. Ao se pensar RP, temos que analisá-la, também, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde visando, principalmente, a disponibilidade, vagas suficientes e o acesso aos serviços de saúde mental, pois não basta apenas a abertura de serviços, mas a qualidade, a oferta adequada, a acessibilidade e a participação dos usuários nestes.

Reforma Psiquiátrica enquanto “Capsização”

Ao analisarmos a dimensão político-jurídico do processo da RP, iniciamos com o alerta de Amarante (2003) de que a política nacional de saúde mental está se reduzindo à implantação de CAPS. Isto torna a RP a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS, pois o modelo destes serviços é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida à doença e ao mesmo tempo em que o sistema era reduzido à assistência médico curativa. Assim, a lógica de manter estes serviços funcionando, de pagamento por procedimento torna-se limitadora para o potencial inovador e revolucionário dos serviços de atenção psicossocial.

[...] pelo último boletim do ministério¹² da saúde, hoje são 546 CAPS pelo Brasil e mais de 200 hospitais psiquiátricos, ou seja, vai 80% dos gastos para o hospital psiquiátrico e 20% para os CAPS. O CAPS é mais barato, é mais humano, é mais desafiador, mas corre o perigo de se tornar um manicômio porque as pessoas não participam de sua gestão, porque o lobby psiquiátrico e as indústrias farmacêuticas são muito fortes e mantêm os hospitais psiquiátricos. (I1)

Dos recursos financeiros destinados à saúde mental, segundo dados apontados em Brasil (2005a), 63, 84% são gastos hospitalares e 36,16 são gastos extra-hospitalares; temos

¹² Boletim da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, distribuído trimestralmente e disponível em internet pelo site do próprio MS. O boletim indicado pelo integrante, refere-se ao: Saúde mental no SUS, informativo da saúde mental - MS/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental ANO III, N° 15 (07-2004) Edição Especial: CONGRESSO BRASILEIRO DE CAPS

em novembro de 2005, 42.076 leitos e 228 hospitais psiquiátricos no Brasil. Em SC há 800 leitos e 4 hospitais psiquiátricos; existem 357 residências terapêuticas; são 689 CAPS pelo Brasil. Estes dados servem para ajudar a perceber e acompanhar não somente os números estatísticos, mas, e principalmente a participação e interferência destas instituições.

O papel dos CAPS é também organizar nos municípios a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental. Porém, não se pode esquecer a essência destes serviços, como indica a fala:

[...] o CAPS não é só para resolver problemas ou para ver a política de saúde mental, é principalmente impulsionar as pessoas para a vida. (I1)

Na palavra do integrante aparece o que poderia ser um dos ideais do CAPS, qual seja, motivar mudanças nas vidas das pessoas. Entendendo política como desígnio de possibilidades frente às situações percebidas e vivenciadas, o CAPS tem este papel de transformar vidas, mas que muitas vezes acaba reproduzindo um campo gerador de normas. Para Alves e Guljor (2004), o serviço de saúde mental, o CAPS, dentre outros, necessitariam ser a expressão política que deveria chegar ao indivíduo.

É preciso, dentro dos CAPS, reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de se ocupar do sujeito com sofrimento e, efetivamente, responsabilizar-se com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético, ou seja, uma prática que não seja de normatização e disciplinamento. Caso contrário, isto pode levar aos “capscômios” (AMARANTE, 2003).

A reflexão dos participantes aponta as seguintes possibilidades de ações no contexto da RP e dos CAPS para que estes não se transformem numa “alienação”:

[...] formação de base, como a nossa; incentivo do Ministério da Saúde através da educação popular com as associações e nos CAPS para despertar a consciência das pessoas que se alienam a cada dia mais; na televisão se dar mais atenção sobre campanhas de esclarecimento... o povo tem que entender que não é só votar, tem que se capacitar para a luta enquanto grupo contra o mal social contra o capitalismo, contra a opressão. Discutir a loucura e o louco dentro dos direitos humanos, fizemos uma caminhada do orgulho louco, acreditando no potencial da rua, chamando as pessoas a discutirem, a serem missionárias da reforma psiquiátrica, dizendo assim ‘O que você faz com a sua loucura’?

Para Freire (1983), a superação da contradição opressor-oprimido só é possível através da práxis, pela reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo, porque a

superação exige a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, simultaneamente atuando sobre ela. A conscientização é o processo de desvelamento crítico da realidade, entre homens e mulheres em uma ação dialógica e de comunicação. Para Freire (1983), não há conscientização se, da prática diária não resultar a ação consciente dos oprimidos, como classe social explorada na luta pela libertação.

Pertencente a uma dimensão prática, as falas são fundamentais no momento em que se desperta para o desejo de desenvolverem a potencialidade que a especificidade de cada um pode se manifestar. Esse desenvolvimento pode se expressar pelo campo artístico, pela música, pelo teatro entre outros. Em conseqüência, é a transformação no imaginário social que vai se adotando, mostrando que o louco dentro de seu contexto de vida é um ser que funciona e cria dentro de seu jeito de lidar com a vida.

Em se falando de teorização neste campo, quais são as fontes buscadas para se abordar o tema? quem é o teórico? qual é a teoria? já que há tantos conflitos neste campo pois são vários olhares sobre um foco, várias leituras sobre um fenômeno.

Após a discussão sobre os aspectos da legislação e Reforma Psiquiátrica, e por vivenciar a ausência de um integrante que entrou em crise, impôs-se a consideração da especificidade que o transtorno mental ou as pessoas que experienciam a crise se defrontam, a manifestação destas possibilidades, já que em um mundo de conflitos a formação pode também ser mais um agravante. O objetivo de ir mantendo o mesmo grupo desde as primeiras discussões, não foi possível, pois a especificidade neste campo da saúde e os desejos distintos não permitiram. A discussão dos temas da legislação e da RP é algo que exige determinada disposição para uma atitude intrinsecamente política e informada sobre a história destas palavras, para que se construa sentidos de vida e não seres acrílicos e inertes frente à vida.

Controle Social

Controle social tem sido um temário debatido, principalmente, na área da saúde e especificamente entre os conselheiros de saúde que elaboram e fiscalizam a política de saúde nas três esferas do governo realizando a relação sociedade civil e Estado. A compreensão da necessidade de se problematizar e refletir sobre este item já surge em um trabalho anterior (RODRIGUES, 2004) onde o controle social é tido como um dos objetivos da associação dos usuários. Ao pensar a formação política, os integrantes nomearam o tema devido ao valor que este possui em suas vidas e no próprio papel da associação dos usuários. Este tema foi desenvolvido com quatro integrantes, pois dois decidiram ficar no serviço de saúde mental e uma nova pessoa juntou-se as discussões. Vale lembrar que havia sido solicitado para que um

dos integrantes trouxesse alguma dinâmica, o que não ocorreu, justificando-se que estava meio desanimado e que gostaria que deixasse as discussões “fluírem” para ele ir “melhorando” já que não queria falar sobre isto. Assim, iniciamos as discussões com o seguinte relato, que de certa forma animou o debate:

[...] controle social tem muito a ver com a minha própria vida... depois que eu passei a participar da comissão intersectorial de saúde mental do ministério da saúde, isto significou um limiar de antes e depois, uma fase de inocência e uma fase crítica... o controle social me despertou para a vida, me ajuda a associar melhor a realidade. (I1).

Esta fala pontua o valor que a participação através do controle social é atribuída à modificação na própria vida, e à medida que vai participando, as transformações vão acontecendo. Para Bógus (1998), esta participação confere transformação no mundo da vida, tanto na área pessoal quanto da compreensão das questões de saúde e suas práticas. É pelo controle social que muitas pessoas se permitem expandir na militância política, e com isto ocorre o estabelecimento de relações interpessoais mais satisfatórias. Bógus (1998: 129) relata que ao passo que a pessoa participa de definições, de formulações e controle de políticas, “aumenta-se à percepção quanto à situação social e posteriormente às mudanças relacionadas ao seu papel social: formação educacional, atuação profissional e relacionamentos familiares”.

Destaca-se como ponto-chave, neste caso, a percepção que se tem do conteúdo controle social, pois para Bógus (1998) a educação popular pretende causar mudanças no comportamento das pessoas por meio, também, da incorporação de alguns conteúdos.

Porém, a compreensão e a forma com que se pretende a incorporação deste conteúdo implicará no nível de mudança ou não deste participante.

Neste sentido a partir das falas podemos considerar:

Democracia e Participação Popular

[...] controle social seria democracia coletiva, garantia de poder fazer valer seus direitos através de participação popular, dentro e fora de espaços institucionais, como conselhos de saúde, educação, CAPS etc. (I4)

A compreensão de controle social como democracia e participação reporta à idéia de gerência pelo povo nas ações da comunidade em espaços já delimitados, instâncias atreladas ao Estado. O controle social é definido como:

a participação da população na perspectiva da interferência na gestão de saúde, colocando as ações e serviços da direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e a Sociedade,

na qual o conhecimento da realidade da saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor (*Associação Paulista de Medicina, 2004:125*).

Democracia, para Bravo (2001) constitui o governo do povo, governo da maioria; constituição do poder governamental através do voto popular. Esta concepção refere-se à democracia política. A concepção mais ampla de democracia envolve a democratização das relações sociais, ou seja, a democracia na esfera econômica, social e saúde. Tomando controle social como interferência do povo (democracia) através das possibilidades vivenciadas e propostas (participação) nas políticas públicas de saúde, a fala demonstra uma proximidade do conteúdo teórico com o experienciado na prática pelo integrante.

Correia (2002) afirma que a concepção de controle social é ambígua no campo da ciência política e econômica, podendo ser concebida em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado distintas, assim exemplificadas: 1) a que entende controle social como controle do Estado sobre a sociedade, ou seja, o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante por meio da implementação de políticas sociais para amenizar os conflitos de classe; 2) compreendida como controle da sociedade sobre as ações do Estado. Dessa forma, a sociedade tem possibilidade de controlar as ações do Estado a favor dos interesses das classes subalternas¹³. Nessa perspectiva é que surge um novo conceito de controle social, assim entendido por Correia (2002: 212): “é a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas”.

Para um outro integrante, a concepção de controle social tem o sentido econômico e fiscalizador:

[...] controle social seria saber sobre o que se passa em termos de recursos, de onde vem a verba, para onde vai, onde são aplicados os recursos financeiros da saúde mental.(I3)

A fala revela os pontos chave que a tornam um princípio fundamental que reflete um “chamar atenção” para o espaço econômico que envolve o controle social. Trazendo para o campo específico da saúde mental, a forma mais direta de exercer o controle democrático sobre o sistema de saúde e de saúde mental é através da participação dos usuários nos conselhos de saúde, visando também a questão orçamentária (VASCONCELOS, 2003). Isto se confirma no escrito por Correia (2002) ao advertir que o controle social só poderá dar certo

¹³ Para Correia (2002: 121) este conceito de classe subalterna está baseado em Gramsci, em que esta condição é determinada por estar fora do poder e pelo lugar ocupado nas relações de produção.

de fato sobre as políticas públicas se os setores se organizarem e participarem na definição da alocação dos recursos financeiros, pois a política social se desenha de acordo com a utilização destes recursos. Ampliando ainda mais a discussão, um integrante coloca:

[...] controle social é colocar a voz da discussão na nossa cidade... (I2).

Esta fala remete a uma idéia mais ampla e de preocupação, não só com saúde, mas sim com toda a conjuntura que se constitui a cidade. Isto remete à questão da integralidade, pois esse pensamento invoca o envolvimento não só no setor saúde, mas também outros campos da política social colocando a necessidade da noção de intersectorialidade, pela qual o trabalho em saúde e saúde mental deve estar intimamente integrado a iniciativas e programas de outras áreas das políticas sociais, como exemplo moradia, trabalho, assistência social, educação e justiça entre outros (VASCONCELOS, 2003).

Retomando a fala do integrante, a história da cidade é compreendida não apenas como deve ser, mas é uma história compreendida também como possibilidade dentro do mundo não acabado. A razão de ser da vida está se dando e não está dada, nem terminada (FREIRE,1993).

[...] a nossa associação está dentro da cultura da cidade, e por isso ela não faz controle social, porque ela é uma reprodução cultural da cidade... Fpolis é uma cidade de funcionalismo público e de comerciantes, então hoje a associação ela tem dois lados, um que faz produtos e vende, o comércio, e o outro que se envolve com aspectos político (I1).

A realidade desnudada sob o ponto de vista do integrante direciona alguns caminhos que possam interferir na ação de cunho associativo dos usuários, esta força maior por ele apontada - a cultura - e desperta a reflexão de onde estamos e os modos como o contexto interfere na forma de se relacionar da associação. Para Galeano (2000), cultura é a forma que cada coletividade se define através de símbolos que cria, que são símbolos de comunicação e provém da forma que cada povo tem de dançar, de sentir, de sonhar e de se relacionar. Porém, o foco, principalmente no campo da saúde mental, se desloca do sistema de representações e passa para o campo das identidades produzidas por este sistema. Neste sentido, a reprodução cultural continua se repetindo na voz do integrante, reprodução esta peculiar ao espaço onde está inserida a associação que reproduz a lógica quando se identifica. É possível perceber, na voz do integrante, a atenção que se deve ter ao se pensar o contexto e a cidade.

Para Freire (1993) é preciso entender a cidade e compreender porque as coisas chegaram a ser como são. É preciso pessoas mergulhadas na transformação e enfrentamento, é preciso pessoas que leiam a história e a formação das cidades e de suas ciências, para

modificá-las. Desta maneira, compreender o controle social enquanto democracia e participação popular é ter uma visão crítica de onde as pessoas estão inseridas.

Garantia de direitos para o exercício do Controle Social

Para que se haja a efetiva participação em relação ao controle social, deve haver garantias de direitos expressos em documentos que sustentam esta modalidade, os quais também são interpretados como momento de teorização.

Para alguns integrantes ainda há desconhecimento em relação a documentos ou não sabem onde obter a informação:

[...] desconheço... (I3);

[...] sei que tem portarias, leis, mas não tenho muito conhecimento específico nesta área não (I4).

Essas falas simbolizam a necessidade de acesso à informação e posterior reflexão do conteúdo destas informações.

[...] aí tem a lei 8080, as conferências de saúde... (I1); [...] tem a Constituição Federal... (I2).

As falas refletem um parcial entendimento sobre o conteúdo teórico que fundamenta o exercício do controle social. Para Bravo (2001), sua conquista está na constituição de 1988, porém o controle social só é regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) que congrega as leis 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Nesta Lei estão garantidos as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Para melhor acesso ao que estava sendo discutido, foi deixado com os integrantes as leis relacionadas ao controle social na íntegra conforme anexo (IV).

Segundo Vasconcelos (2003), a participação e controle social na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais, de alta importância estratégica e possivelmente original no mundo, na escala em que é exercida no Brasil, foi construída durante o processo de reforma sanitária desde o final da década de 1970, e incorporado à Constituição Brasileira de 1988 e na própria legislação e estrutura do Sistema Nacional de Saúde (SUS). Para tanto, as leis 8.080/90 e 8.142/90 regulamentam a participação social como

princípio básico da política nacional de saúde, objetivam, não só exercer pressão, como também planejar e fiscalizar todos os atos da política e gestão do sistema, consubstanciando o conceito de controle social. Assim, o acesso ao conhecimento e seu uso reflete a defesa, pelos integrantes da associação, dos bens públicos. Contudo sua defesa se depara com algumas objeções.

Controle Social versus Relações de Poder

Com o desenrolar das discussões foram surgindo outros conteúdos dentro do controle social, entre eles a relação de poder. Tomando sua exploração teórica de acordo com a necessidade, relação de poder será entendida e analisada a partir do exposto pelos integrantes. A justificativa presente nos discursos dos integrantes tem para Bógus (1998) como possível surgimento a desigualdade econômica, social e cultural no Brasil, que reflete uma prática democrática sem muita tradição. Assim, o exercício de sobreposição das pretensões de validade sobre o poder se expressa através das relações e dos diálogos em função de uma política paternalista e clientelista. Tomando os conselhos de saúde como espaços de controle social, estes possibilitam aos conselheiros a participação, a troca e a busca de entendimento e de decisão consensuada (BRAVO, 2001). Essas decisões se encerram após discussões entre os participantes e a somatória dos votos individuais. Envolvidos nesse clima, muitas vezes gerador de tensão, ocorrem disputas visando interesses individuais:

[...] porque o que interessa nos locais comuns de controle social, os conselhos de saúde por exemplo e onde temos cadeira, é o poder que interessa, ele personaliza as pessoas, infla o ego, assim o coletivo não tem potência...(I1).

A fala evidencia o poder como interesse, o qual pode ser visto como status de reconhecimento, influência, valimento, importância, prestígio e isto o caracteriza enquanto desejo. Forster (2002) refere-se ao poder como a capacidade de um agente para produzir determinados efeitos, sendo decorrente de uma relação social entre indivíduos, grupos ou organizações em que uma das partes exerce controle sobre a outra. Os efeitos produzidos nessas relações são indeterminados. As relações sociais se acirram nos conselhos de saúde, onde Freire (2000b) aposta no poder a serviço da produção de relações sociais mediadoras da materialização da humanidade nos humanos, rejeitando a idéia de poder atrelado ao bom argumento, à razão pura e que se impõe sobre as demais dimensões humanas.

Assim, onde está o poder do conselheiro? Qual é o poder do usuário em saúde mental se a razão se “perdeu em partes” dentro de seu jeito de se expressar no mundo? Desta forma

não é o poder que interessa aos usuários. Contudo, essa vivência pode gerar o desinteresse na participação nestas instâncias tão importantes de controle social o que fica expresso na seguinte fala:

[...] o controle social ainda é utopia, devido às representações, são personalizadas, são sempre a mesmas... (I4).

A fala aponta uma visão de descontentamento onde a situação demonstrada é afirmada por Bravo (2001) onde um dos aspectos relevantes no conselho de saúde é a eleição das entidades representativas dos segmentos. A escolha dessas entidades nem sempre tem levado em consideração critérios como tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento. A inobservância a esses critérios tem incentivado a participação elitista, burocrática e os representantes têm atuado de forma pessoal, subjetiva e arbitrária, não debatendo com as bases de sua entidade as temáticas tratadas nos conselhos.

Frente a isto, o processo de educação popular em saúde, os cursos de capacitação e os projetos de assessoria à prática dos conselheiros de saúde e dos integrantes de associações de usuários são de enorme relevância. Mesmo tendo em vista estas alternativas, nos deparamos com estas possíveis indagações:

[...] não temos muita opção em relação ao controle social, esbarramos sempre na mesma relação de poder, o capitalismo é a força maior do sistema, é como o filme matrix. Por iss,o mudar o mundo é mudar a si mesmo, contar com um coletivo que não te ajuda é frustrante. Houve uma situação que fomos através do conselho reivindicar com a promotoria pública e esta disse: 'é assim mesmo, não tem jeito', e aí como é que podemos confiar neste sistema? Então eu acho que nós temos que montar um grupo de pessoas e discutir com os deputados do nosso estado para não enviar mais dinheiro para a Colônia Santana. Como pode um Conselho Estadual de Saúde aprovar dinheiro para um ambulatório de esquizofrenia e transtorno do humor num hospital? É muito desconhecimento... (I1)

Esta fala enreda três pontos importantes: um que apresenta uma visão fechada onde o modo de produção capitalista é tido como força maior e substancia o movimento de participação como uma ficção. Nas palavras de Costa-Rosa (2000) é justamente o Modo Capitalista de Produção que imprime uma característica fundamental que determina os modos essenciais de ser das suas práticas. Trata-se da presença de um intermediário que é dono dos meios de produção: instalações e demais recursos e da força de trabalho, pois ele é remunerador direto dos serviços prestados. Mesmo nos conselhos de saúde a organização é

compatível com o modo de produção capitalista, que tem suas raízes na divisão do trabalho e na divisão do saber em especialismos; outro é de que as ações deliberadas dos conselhos já não possuem interferência onde seu ordenamento aponta. Para Bravo (2001), a relação conselho de saúde e Ministério Público deve ser institucional, independente de pessoas que ocupem os cargos de tais órgãos, já que são estruturas à serviço da boa administração da saúde, não devendo se perder em susceptibilidades humanas; um terceiro aspecto é a sinalização de um possível desconhecimento dos gestores quando investem dinheiro público em serviços manicomiais.

Num contexto mais geral, a fala reflete o desânimo, pessimismo, já que esta degradação surge de duas etapas: a primeira - o endividamento, na qual a dívida externa, bem como a interna determinou que todos os habitantes de um país já nascessem condicionados, marcados por uma dívida que não foi contraída por elas, mas que deviam pagar de qualquer forma, pagar com a própria existência. A segunda etapa é a atual exclusão, na qual sequer importa se esse homem contribui com o pagamento da dívida. Se a existência de um homem estiver totalmente à mercê de outro e se essa atribuição for considerada uma condição natural, isto será a escravidão (CIRIGLIANO,2001).

McLaren (2001) ressalta para que os oprimidos materializem suas próprias atividades em força revolucionária precisam desenvolver uma consciência coletiva de sua própria condição ou formação como classe subalterna, bem como um *ethos* de solidariedade e independência. Assim, a formação política pode desenvolver uma consciência crítica, a busca de um esforço criativo a um objetivo comum, percebendo que cada pessoa tem seu tempo diferente.

Reinventando o Controle Social

Na concepção de Freire (2000a), educação popular desencadeia uma nova percepção aos interesses da mudança do educando decorrente da realidade problematizada. As situações relatadas pelos integrantes concernem à idéia de que o controle social percebido na lógica de participação, conhecimento de leis e participação em instâncias como conselhos de saúde têm sido uma prática de insatisfação, salvo as dificuldades encontradas como as relações de poder, o jogo de interesses entre outros. No entanto, para Bógus (1998), a utilização de estratégias para promover a aproximação de códigos e significantes é uma característica fundamental no desenvolvimento dos cursos de formação política porque é condição necessária para que a percepção, comunicação e o diálogo se estabeleçam. Desta forma, o método problematizador possibilitou que os integrantes fossem além dos horizontes. Eis as vozes:

[...] nós temos que reinventar o controle social, nós temos que fazer o controle social do controle social, porque não está adiantando apenas conhecer as leis (I3).

A voz diz que o controle social enquanto interferência do povo, participação popular, gerando personalismos e disputa de poder e conseqüente desconsideração por alguns órgãos às deliberações provoca uma nova visão que leva a reinvenção do controle social, a começar por pensar estratégias de mudança sobre o próprio controle social.

[...] temos de fazer o controle social onde o homem não reconhece... no próprio homem talvez, mas nem sei bem como fazer isto.. mas sei que no caso na associação, é com educação popular de base... (I1).

Há uma tendência de busca por novos espaços para a realização de controle social, sem apontamentos mais específicos de sua realização. Ao falar de controle social do homem, invoca a idéia do desejo que os usuários tornem-se seres sociais, políticos, militantes para que vejam sua vida com consciência crítica e, ao mesmo tempo permita viver a vida dentro da razão e da loucura como mediadores da vida. Controle social de si daria a idéia de repensar a vida mais participativa em relação ao que já tenham feito. Expande-se, assim, a incorporação da educação popular no discurso dos integrantes como alternativa para despertar a consciência numa direção crítica, como estratégia para a realização de controle social como um princípio da associação de usuários.

Nesse caminho, a nova idéia de controle social, sob o ponto de vista dos integrantes, mostra-se plausível na seguinte fala colhida:

[...] para acelerar a inclusão temos de construir o novo, o gozo, o prazer, o júbilo, catalizadores que são pessoas que aceleram o processo ao contrário do veneno. O insight coletivo proporciona isto, não se precisa falar... a comunicação flui. Então, acho que quando se for fazer uma ação, devemos propor nomes novos, a própria ação no Fórum Social Mundial. Nosso reino não é aqui... nosso reino não é deste mundo, a nossa causa é mudar o jeito de pensar (Grupo).

Peculiar ao grupo, a fala demonstra uma linguagem específica dele, uma espécie de código que somente um contato entre o coletivo que se identifica como tal é que estabelece esta comunicação. Nesse rumo, o jeito de pensar sobre as abordagens trazidas pelos integrantes e que fogem aos padrões de “normalidade” necessitam ser consideradas legítimas e legais perante aos olhos da sociedade. A reinvenção de novos nomes, de novas ações possibilitam uma ruptura com as estratégias tradicionais de se realizar controle social

meramente participativa em instâncias oficial desta. Essas proposições podem ofertar uma nova visão em relação ao imaginário social do louco e de sua participação pelo controle social e com isto, a minimização do preconceito, não apontado pelos integrantes nestes locais, onde a racionalidade tem o seu ápice.

Nessa trilha, a fala a seguir mostra um espaço de controle social em um espaço já apontado tanto pelo relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) quanto pelo relatório final do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (2001). Destacamos esta fala por que este clamor ficar ainda no plano de proposta e sem aplicabilidade.

[...] construir o conselho gestor dentro do CAPS para a associação fazer de fato o controle social, mas para isto não temos respostas, porque já tentamos de tudo.(14)

Um dos papéis da associação de usuários é realizar o controle social, o qual o integrante aponta como possibilidade o mecanismo conselho gestor, mas ao mesmo tempo, não sabe como concretizá-lo, ou seja, implementá-lo. Conselho Gestor para Bravo (2001: 85) “são mecanismos de exercício de controle social a nível local, é uma instância colegiada, organizada pela unidade de saúde com funções deliberativas e fiscalizadora”. É razoável pensar-se que a não implementação destes mecanismos decorra do fato de os conselhos gestores não serem legitimamente reconhecidos pela população em geral. Isto decorrente do fato de os mesmos não serem regulamentados nacionalmente (BRAVO, 2001: 86). A lei 8.142/90 regulamenta somente os conselhos de saúde no nível federal, estadual e municipal. A regulação dos conselhos gestores depende de cada município.

No entanto, o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem, de acordo com Correia (2002), de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Conseqüentemente, implica o controle social sobre o fundo público, e neste espaço contraditório se inserem os conselhos gestores projetando a possibilidade de que as classes subalternas, neles representadas, defendam seus interesses e controlem os rumos das políticas sociais. Assim, há de se realizar a mobilização de trabalhadores e usuários para pensarem suas estratégias para a efetivação destes mecanismos locais de controle social.

De acordo com Bravo (2001), as seguintes questões devem ser enfrentadas:

- o poder público não tem respeitado as deliberações dos conselhos e conferências;
- o poder público local tem contribuído para avançar ou reprimir o controle social;

- as leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos não têm sido respeitadas em alguns conselhos;
- o funcionamento dos mesmos tem priorizado a burocratização das ações;
- a dinâmica dos conselhos precisa ser repensada para maior envolvimento dos participantes;
- os conselhos e conferências têm se posicionado de forma tímida em relação a agenda neoliberal;
- a sociedade civil organizada não tem ainda plena consciência dos conselhos;
- os conselhos, de forma geral, têm dado pouca contribuição para a democratização da esfera pública;
- a chantagem institucional do poder executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros;
- a falta de soluções jurídicas mais ágeis quando a necessidade é se defrontar com o executivo.

A autora destaca ainda que é preciso evitar algumas distorções presentes na dinâmica dos conselhos, tais como:

- concepção de democracia restrita ao aparelho de Estado (participação consentida);
- concepção dos conselhos como espaços de consenso, espaços para controlar os conflitos e mecanismos de viabilização das ações do Estado em consentimento da população.

Contudo, para a autora, a gestão democrática é algo a se fortalecer e para isto coloca como estratégias para o seu desenvolvimento:

- democratização das informações relativas às diversas políticas sociais;
- realização de encontros populares e/ou pré-conferências;
- rearticulação dos conselhos comunitários e fóruns populares;
- implantação ou rearticulação dos conselhos gestores;
- mobilização das entidades dos profissionais para participarem dos conselhos;
- elaboração de planos com a participação dos sujeitos sociais;
- mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos conselhos não paritários;
- articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores;
- capacitação dos conselheiros na perspectiva crítica e propositiva.

Relações de Poder

Esta situação problema surge da experiência tanto das relações que permeiam nos serviços de saúde mental quanto da militância dos integrantes da associação. O acirramento das discussões durante este processo de formação foi permeado por três integrantes, sem haver dinâmica preparatória, salvo escolha dos integrantes. Com o desenrolar das discussões foi possível constatar que o tema relações de poder emerge em vários trabalhos acadêmicos, em vários discursos de profissionais e de usuários em seus espaços de atuação política e de cuidado. O debate sobre a relação de poder despontou no grupo da seguinte forma:

[...] a relação de poder é devido à opinião autoritária dos técnicos, decidem sem levar em consideração a nossa opinião, fazem o que eles querem... uma disputa de poder mesmo (I3).

A fala indica o autoritarismo como marco para o estabelecimento do poder na relação entre profissional e usuário. Esta característica expressa uma relação de opressor e oprimido. Freire (2000b) ao relatar sobre a autoridade refere que ela é a materialização de relações que se constituem pelo diálogo que os sujeitos envolvidos estabelecem. Sobre a materialização, Silva (2000b: 127/128) refere:

A materialização é aqui pensada como um efeito de poder. A visão de que o sujeito é produzido no curso de sua materialização está fortemente fundamentada em uma teoria performativa da linguagem e do sujeito, mas a performatividade é despojada de suas associações com a volição, com a escolha e com a intencionalidade, sendo relida não como o ato pelo qual um sujeito traz à existência aquilo que ela ou ele nomeia, mas, ao invés disso, como aquele poder reiterativo do discurso para produzir os fenômenos que ele regula e constrange.

No campo da saúde mental este autoritarismo e materialização de essência freireana atravessa diversas constituintes; uma delas é o profissional não levar a voz do usuário em consideração devido ao preconceito e o estigma gerado pelo imaginário social e pelos momentos de loucura por eles (usuários) manifestados. A opinião dos usuários muitas vezes contesta o saber “psi” e forçam este saber a mudanças, e suas resistências geram a diferenciação nas relações interpessoais, entre profissional e usuário.

Lobosque (2003), ao citar Foucault, informa que a genealogia dos saberes e as práticas “psi” são realidades produzidas para o poder disciplinar o indivíduo e o conhecimento que dele pode ter.

[...] tem a ver em parte com a academia porque para mim informação é poder. Porque a pessoa, o técnico no caso, só quer ter a teoria e não consegue praticar esta teoria e

que teoria? Assim, a prática bate de frente com a teoria, porque tem teoria que não consegue dar conta de situações do dia a dia do CAPS... é preciso estudar outros textos, não precisa ser só Foucault, já que eu já tentei ler e considerei uma leitura difícil, acho que o Roberto Freire aborda também o assunto (I2).

O integrante revela que o poder está instituído no saber, porém o conteúdo, o jeito como este saber é transmitido gera uma relação. Bógus (1998) diz que a linguagem utilizada pelos profissionais representa um certo tipo de pretensão de poder, pois se baseia no fato de que alguns técnicos dominam um determinado código que não é acessível para todos. Lobosque (2003), ao se referir sobre o questionamento do poder pelo saber e suas origens, escreve que tem de ser atravessado pelo inquirido, sendo este a reconstituição de um acontecimento, entender o saber que se passou, verificar quem fez o quê.

Para Vasconcelos (2003) a noção de poder implica uma permanente necessidade de resistência na vida diária e nas práticas dos serviços de saúde mental, que têm sido refletidos através da análise crítica e do desenvolvimento de estratégias de *empowerment* para o usuário.

Para o autor, não existe uma única abordagem ou teoria capaz de lidar satisfatoriamente com o conjunto de questões que envolvem as práticas estabelecidas nas relações do campo da saúde mental. Para Vasconcelos (2003: 248), a

Perspectivas anti-opressivas podem se constituir no corpo teórico mais conseqüente de referência, sendo muito mais claramente comprometidas com as estratégias emancipatórias, de democracia popular, e de transformações sociais e políticas plurais. Todavia, contribuições teóricas de outras perspectivas, que focam diferentes dimensões e aspectos específicos como os direitos civis e humanos, participação/envolvimento de usuários, cidadania, normalização e desinstitucionalização, processos psicológicos e psicossociológicos, devem ser levados também em consideração.

Estas indicações pelo autor, convidam os protagonistas das relações que se entrelaçam tanto usuários quanto profissionais a repensarem tanto as origens deste saber com novos conceitos e concepções quanto o nível de compreensão e expressão da realidade emana destes conhecimentos, para que isto não seja um motivador de opressor e oprimido.

Assim ao se repensar a relação de poder o integrante relata:

[...] agora, entender como as pessoas estabelecem a relação, a ação e o saber, isto confere o poder e como enfrentar as relações de poder? Em que existe o sistema o opressor e o oprimido? (I1).

Para Freire (2000b) o poder se aproxima do conceito de autoridade que é desenvolver a capacidade que os humanos têm, no diálogo, na aceitação da diferença, de problematizar o mundo vivido e a experiência imediata do outro, desafiando a superação do estágio em que se encontram e de sua possibilidade de criação e reação.

Neste caminhar, o importante é de que forma este poder é utilizado, manejado pelas pessoas. Para Vasconcelos (2003) as relações sociais opressivas e que destituem o poder dos cidadãos são estruturadas de modo integrado nos dois níveis: organizacional e institucional. A transformação das camadas mais profundas das relações institucionais de poder opressivo exige, de modo concreto e prático, o reconhecimento, a reflexão e recriação de novas formas para lidar com o objeto institucional das instituições e de estabelecer relações de poder mais horizontais. Além disso, transformações locais devem buscar conquistar um reconhecimento e legitimação social mais amplo, para além de suas próprias fronteiras organizacionais, na medida em que as instituições são difundidas e ancoradas na legislação e em outras instâncias políticas mais amplas.

Em relação ao diálogo, Fuoss (2001) ao citar Freire, afirma que quando este encontrava duas pessoas com opiniões amplamente divergentes, a base do diálogo era o respeito às diferenças e a congruência entre o que digo e a forma como vivo o que faço.

Para Silva (2000b: 126) esta compreensão que a fala enreda ainda é uma interrogação, pois

...precisamos de uma teoria que descreva quais são os mecanismos pelos quais os indivíduos considerados como sujeitos se identificam (ou não se identificam) com as posições para as quais são convocados; que descreva de que forma eles moldam, estilizam, produzem e exercem essas posições; que explique por que eles não fazem completamente, de uma só vez e por todo o tempo, e por que alguns nunca o fazem, ou estão em um processo constante, de luta com as regras normativas ou regulativas com as quais se confrontam e pelas quais regulam a si mesmos, fazendo da resistência, negociando-as ou acomodando-as. Em suma, o que fica é a exigência de se pensar essa relação do sujeito com as formações discursivas como uma articulação.

Para Arejano (2002) há a necessidade de investimento na formação e capacitação dos trabalhadores de saúde mental com ênfase numa abordagem antimanicomial, centrada na pessoa como um ser complexo e não somente no transtorno. Há, ainda, a necessidade de o serviço proporcionar suporte aos familiares com forma de aproximar o louco e sua família e seu contexto social. Do contrário, estas práticas se perpetuarão por muitos e muitos anos.

[...] Em se falando em alguns autores tem o Richard Weingarten dos EUA que escreve sobre o movimento de usuários daquele país, tem o Eduardo Vasconcelos no livro do empowerment, tem o Antonian Artaud especificamente Carta aos donos de manicômio. Vê se

lê o blog: <http://antimanicomial.blogspot.com>, lá tem muita coisa legal, tem alguns poetas como Fernando Pessoa, Leminski tem um poema que eu gosto muito que diz um pouco disso: 'Acordei sustenido, Tudo estava Bemol, Sol fazia, Só não fazia sentido. (I1)

Aqui o integrante demonstra uma outra idéia de poder em relação ao poder enquanto domínio para controlar, pois para os autores que o mesmo comenta são autores com visões de que o poder tem o sentido de aumento de sua habilidade para dar conta da vida dentro de uma perspectiva crítica em relação aos fatores que impeçam levar uma vida satisfatória. Nesse rumo, o poder não provém necessariamente de um saber especializado, mas pode provir do saber popular tão difundido por Paulo Freire. Se acreditássemos que poder é decorrente, somente do saber científico não estaríamos realizando este trabalho. Porém, isto nos instiga a conhecer o ponto chave da relação poder e saber. Para Vasconcelos (2003) há uma estreita correlação entre as relações de poder com as formas de apropriação do saber, quanto mais especializado este saber, mais poder confere ao dominador deste. Portanto, um dos mecanismos essenciais de transformação das relações (institucional e grupal) está na crítica e rompimento das barreiras do cientificismo, da especialização e dos mandatos profissionais estanques, na democratização do saber, no desenvolvimento de práticas interdisciplinares, e na articulação entre o conhecimento acadêmico e os saberes populares.

Assim, não só o rompimento e suas conseqüências, mas como sugere o integrante, a superação de uma relação onde o poder é causador de distanciamento ou discórdia, uma hipótese de solução seria:

[...] acho que talvez a relação de poder, onde haja um dominador e um dominado, mude com novas pessoas, com novo jeito de ver o mundo e de uma forma igualitária (I2).

Ao se pensar novas pessoas que surjam no mundo com as quais seja possível estabelecer uma nova relação fundada na igualdade podem ser destacados dois pontos: a igualdade no campo da saúde mental é caracterizada, entre os usuários, por serem portadores de transtornos mentais, ou seja, por uma questão de identidade. Igualdade consiste na oportunidade de acessos ao trabalho, renda, lazer entre outros (SOUZA, 2002).

Em segundo e dentro dessas indicações, deverá ser objetivado o aprofundamento em torno do multiculturalismo, cuja característica é a identidade que se marca pela diferença. Silva (2000b) refere que essa característica reside pelas diferentes formas pelas quais são representadas e imaginadas pelo imaginário social. Para haver a transformação nas relações sociais o sujeito deve posicionar-se a si próprio e reconstruir e superar sua identidade histórica, herdada de um suposto passado comum, ou seja, ter a consciência de que nos

posicionamos a nós mesmos de acordo com os campos sociais (família, serviços, escola, trabalho, partido político, associação de usuário) nos quais estamos atuando. Assim, em cada campo social uma posição a cada posição uma relação de poder.

Para Silva (2000b: 37) “a política de identidade não é uma luta entre sujeitos naturais; é uma luta em favor da própria expressão da identidade na qual permanecem abertas as possibilidades para valores políticos que podem validar tanto a diversidade quanto à solidariedade”.

Desta forma, a diferença destacada pela loucura, vista pelos olhos normatizadores de uma cultura que a reconhece impressa em portadores de transtornos mentais modifica a relação de poder para com estes quando a atuação do usuário se torna presente na gestão do serviço e nas discussões das reuniões da equipe de saúde mental, (AREJANO, 2002). Desta forma os próprios usuários se vêem paritários dentro das relações.

[...] as relações se criam por todo o lado, no centro de saúde, na praça, entre um que manda e outro que se aceita ser mandado... quem sabe mais pode mais... sabedoria é poder eu diria...pois poder é a capacidade humana de resolver problema, é isto que é o poder para mim.. e com esta idéia o poder constrói, age.. (I1).

A fala exprime um retrato de como seria esse poder para o integrante e de que forma ele pode ser utilizado. É possível fazer-se a analogia das relações com a cultura: para Silva (2000b) as formas pela quais a cultura estabelece fronteiras e distingue a diferença são cruciais para compreender as identidades (a identidade depende da diferença). A diferença é aquilo que separa uma identidade da outra, estabelecendo distinções, freqüentemente na forma de oposições. A relação de poder também distingue uma relação da outra pois, dependendo de como este é concebido e exercido, confere as polaridades nas relações. Silva (2000b: 81) confirma esta assertiva:

A afirmação da identidade e a enunciação da diferença traduzem o desejo dos diferentes grupos sociais, assimetricamente situados, de garantir o acesso privilegiado aos bens sociais. A identidade e a diferença estão, pois, em estreita conexão com relações de poder. O poder de definir a identidade e de marcar a diferença não pode ser separado das relações mais amplas de poder. A identidade e a diferença não são, nunca, inocentes. Onde está a diferenciação está presente o poder. A diferenciação é o processo central pelo qual a identidade e a diferença são produzidas. Há entretanto, uma série de outros processos que traduzem essa diferenciação o que com ela guardam uma estreita relação.[...] logo: ao inferir a identidade pela diferença obtém-se: incluir/exclui (estes pertencem, estes não; normalizar (nós somos normais eles são anormais).

Para Freire (2000a) não é possível perceber-se as relações sem analisar as ideologias e a relação destas com o poder. As ideologias se encarnam em formas especiais de conduta social ou individual que variam no tempo e espaço e se expressam nas formas de atuar, nas formas de escolher, de valorar, de andar, de vestir, até de dizer olá, na rua. Para o autor, os níveis das relações se dão na dose de poder revelado pelo ar de superioridade, de distância com que os poderosos tratam os carentes. O maior ou menor nível de acomodação de ou de rebelião com que respondem os dominados, tudo isto é fundamental no sentido de superação das ideologias discriminatórias, de modo que possamos viver a utopia: viver a unidade na diversidade.

Para Foucault (1992) não há o poder em si, mas relações de poder e contra poder. É necessário, pois, para que se exerça uma relação de poder que exista ao menos um certo tipo de liberdade das partes.

Portanto, toda relação de poder pressupõe a possibilidade de resistência, pois tais relações se dão entre sujeitos livres.

Para que o usuário do serviço de saúde mental se perceba livre necessita vivenciar relações de poder ético-solidárias e de inclusão social (AREJANO, 2002).

Vasconcelos (2003: 254), afirma que

para refletir sobre estratégias antiopressivas e de empowerment exige crítica às lógicas estritamente modernistas de emancipação, através de uma perspectiva multiculturalista capaz de lidar com descobertas mútuas das diferenças entre culturas e entre profissionais/agentes e usuários, assim como propõe o trabalho de Freire ou a tradição transcultural psiquiátrica. Implica ainda em ir além disso, dado que este processo é marcado por dispositivos de individualização induzidos historicamente na cultura ocidental e sua absorção por estruturas de opressão e relações de poder institucionalizadas. Portanto, como indicado acima, esta posição requer uma perspectiva teórica crítica capaz de lidar com questões da ordem econômica, social, política, cultural, de gênero, raça e etnia e outras formas de opressão que atravessam todas as relações sociais. Implica assim também um ponto de partida ontológico aberto, valorizando direitos positivos, como liberdade, justiça, solidariedade, autonomia e igualdade, e direitos humanos básicos negativos contra as condições de vida opressivas. Isto é crucial na superação de uma posição estritamente relativista e para dar sustentação a intervenções em casos extremos de violência, principalmente sobre as minorias que se encontram numa posição de fragilidade, como no caso de refugiados, prisioneiros políticos, abuso de crianças, violência doméstica contra mulheres etc.

O poder, nas suas várias facetas de expressões, pode contribuir para a normatização do louco e assim sutilmente impedi-lo a exercitar seus direitos e liberdade. A normatização é um dos campos mais sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da

diferença. Normatizar significa eleger uma identidade específica como espelho em relação a qual as outras identidades são avaliadas.

Situação de Poder dentro da Associação

Neste íterim as falas nos mostram não só a visão da relação de poder no campo da saúde mental serem advindas da relação entre profissional e usuário, mas entre associado e diretoria e entre usuário e usuário. Até que ponto o poder, tido como fator de domínio, controle e de diferença entre os usuários, pode se encontrar entre os que estão “mais conscientes” ou “mais politizados” em relação aos “menos conscientes” ou “menos politizados”? Este dado é o que iremos discutir.

[...] nós, do curso de formação temos de montarmos uma chapa e concorrer a diretoria da associação para podermos mudar as relações de poder lá dentro, entre os próprios usuários (I1).

À medida que a consciência vai desenvolvendo a criticidade, vai conferindo “um valor” ao se olhar para as pessoas que estão à volta. A expressão de poder que surge pela consciência crítica pode ser o diferencial na relação interpessoal e social entre os usuários e membros da associação. Aqui alertamos a não reprodução do poder como domínio entre opressor e oprimido muito falado de usuário para profissional, lembramos a não reprodução desta crítica entre os próprios usuários. Para Silva (2000b: 128) o “poder regulatório produz sujeitos que controlam, que o poder não é simplesmente imposto externamente, mas funciona como meio regulatório e normativo pelo qual os sujeitos são formados”. Cientes disto lembram os integrantes que a questão que não se pode perder é:

[...] temos de trabalhar na conseqüência da causa, da liberdade da loucura, temos que aprender a utilizar a loucura que temos sem distratarmos o próprio usuário, perguntando o que vc faz com a sua loucura? No que você a utiliza?... para que nós os loucos descubramos o poder que nós temos e como podemos fazer seu uso diferente (I1).

A loucura é a linguagem e a identificação que marca a diferença, sobre as quais os integrantes falam sobre eles próprios e sobre os lugares destes no mundo. Talvez se possa adaptar a frase de Descartes e dizer “louco, logo existo”. A se reconhecer que a loucura tem utilização como potencial humano para a satisfação subjetiva através de sua desenvoltura seja para arte, música, outras formas de trabalho como cooperativas sociais de trabalho, entre outros, podemos afirmar que a voz do integrante reflete uma preocupação com o poder e fazer. Se, num primeiro momento, a consciência se torna crítica, a partir do conhecimento

problematizado da realidade, e gera uma sensação de poder e da utilização deste com a noção “a serviço de que este poder está”, o risco de se utilizar o poder enquanto prejudicador nas relações torna-se minimizado. Com esta peculiaridade refletida, os integrantes expressam:

[...] fazer a associação despertar ou deixar ela morrer..., ou nós do curso de formação montarmos uma chapa e concorrer à diretoria da associação, para podermos mudar as relações lá dentro, e poder ganhar dinheiro através da própria loucura, porque não queremos caridade e sim construir nossa própria oportunidade (I1).

Aqui aparece a visão de aplicar na realidade o sentido desta prática formativa, assim como o descobrimento da identidade e da diferença como fundamentos para tal perspectiva.

Para Silva (2000b) como precisamos de comida para sobreviver na natureza, nossa sobrevivência como seres humanos depende do uso das categorias sociais que surgem das classificações culturais que utilizamos para dar sentido à natureza.

Neste pensamento, nos reportamos a Vasconcelos (2003: 301) que ressalta Saples para demonstrarmos formas que dão vazão a este sentido:

...envolver os usuários direta e centralmente em todos os processos de avaliação de necessidades e de recursos; incluir plenamente os usuários no planejamento e na implementação do programa; nomear uma maioria de usuários para todos os conselhos consultivos e de direção do programa. Onde possível, indicar membros representativos de grupos organizados; incorporar ajuda mútua nos programas quando possível; desenvolver habilidades programáticas para defesa dos direitos – especialmente de auto-defesa pelos usuários; dar aos usuários um papel central quando contratando recursos humanos temporários e para iniciativas de avaliação; recrutar e capacitar ativamente usuários correntes e ex-usuários para tornarem-se membros do quadro de pessoal onde possível e apropriado; desenvolver estruturas formais e processos para os usuários monitorarem e avaliarem os serviços.

Por fim, gostaríamos de registrar nossa concordância com Silva (2000b), pela qual a identidade gerada no campo da saúde mental pela loucura, é uma identidade em construção, um efeito, um processo de produção, uma relação inacabada que está ligada às estruturas discursivas e narrativas, conectadas a sistemas de representações e com estreitas conexões com relações de poder. Para o autor como medida para lidar com esta questão: poder enquanto pólo nas relações, destaca que o estímulo e o cultivo dos sentimentos e a boa vontade para com a chamada diversidade cultural, ao passo que o pressuposto básico é o de que a “natureza” humana tem uma variedade de formas legítimas de se expressar

culturalmente todas devem ser respeitadas¹⁴ e toleradas. O exercício pode se encontrar desde uma tolerância que pode variar desde um sentimento paternalista e superior até uma atitude de sofisticação cosmopolita de convivência para a qual nada que é humano lhe é “estranho”.

Freire (2000a: 118) endossa estes argumentos ao relatar que: “me plenifico na minha missão de educador quando revelo, finalmente, minha tolerância em face dos diferentes de mim”.

Porém, não esqueçamos de antes de tolerar, respeitar e admitir a diferença, é preciso explicar como ela é ativamente produzida.

Organização Política de Usuários no Contexto da Saúde Mental

O processo de organização política dos usuários no campo da saúde mental no Brasil¹⁵ contextualizada dentro do processo de reforma psiquiátrica tem mostrado estes enquanto sujeitos políticos envolvidos com as questões relativas à sua experiência, à sua condição/necessidade e seus direitos, traz tanto para Souza (2002) quanto para Soalheiro (2003) a novidade do protagonismo destes no exercício de compreensão, análise e proposições rumando a construção de um novo projeto de vida em sociedade. Para ambas as autoras, a presença dos usuários nos debates pertinentes à saúde mental vem se ampliando progressivamente nos últimos anos, principalmente a partir dos anos noventa. Estes iniciam seu protagonismo opinando em projetos terapêuticos, depois escrevendo artigos ou contando suas experiências de alguma forma e espaço, organizando-se em associações, fazendo-se representar nos principais fóruns deliberativos das políticas públicas de saúde mental e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Nesse sentido entende-se que a participação política e militância de usuários e familiares em instâncias deliberativas ganham efetividade quando politicamente organizadas.

Melo (2004: 61) afirma que a condição de cidadão dos portadores de transtornos mentais passa a ser “politicamente resgatada pelos movimentos sociais do campo da saúde mental”, mas com o intuito de lhes indicarem a organização enquanto premissa. Para Melo (2004) o que se pretende é ultrapassar a exclusão, a negligência, para se construir um

¹⁴ Para Pardo citado por Silva (2002b: 101) **respeitar a diferença significa**: deixar que o outro seja como eu não sou, deixar que ele seja esse outro que não pode ser eu, que eu não posso ser um (outro) eu; significa deixar que o outro seja diferente, deixar ser uma diferença que não seja, em absoluto, diferença entre duas identidades, mas diferença da identidade, deixar ser uma outridade que não é outra relativamente a mim ou relativamente a mim mesmo.

¹⁵ Para mais detalhes sobre a organização políticas de usuários no campo de saúde mental brasileira ver trabalhos de Souza (2002) e Soalheiro (2003).

pensamento fraterno e solidário por uma sociedade sem manicômios, diríamos: uma vida sem manicômios.

Nesse contexto, em que pesem as possibilidades de organização política de usuários está a associação de usuários que é o que será considerado a seguir.

Da associação que temos à associação que queremos

Nesta situação problema chama a atenção que a associação de usuários enquanto dispositivo¹⁶ possibilita uma atitude política que dá a existência ao usuário *de* cidadão e não apenas portador de transtorno mental, pois falará em nome de um coletivo e com um valor social.

Venturini (2003: 175) cita uma usuária italiana de nome Sandra associada da *E Pás E Temp*, quando esta fala sobre a associação de usuários, para exemplificarmos o valor que atribuímos a este dispositivo:

“entrei na associação numa tarde, em um momento muito particular de minha vida. Estava profundamente deprimida e saí sem remédios, trabalhando... Era apresentada como portadora de um problema e tornei-me portadora de recurso! O meu problema era de não ter auto-estima. Se alguém me dissesse ‘olha, vai para Trieste e apresenta um projeto numa reunião’, eu lhe teria dito que era louco. Em tempo, aprendi a melhorar alguns aspectos de minha difícil personalidade. As coisas nascem espontaneamente... A força da associação dos usuários está em saber valorizar as pessoas”.

Assim, os presentes relatos irão manifestar uma contextualização sobre a visão que os usuários têm sobre a situação atual da própria associação, o processo que precisam atravessar para chegarem onde gostariam, ou seja: da associação que temos a associação que queremos.

A associação que temos:

Ao se pensar e se problematizar os pontos chave em relação à organização e o funcionamento da associação dos usuários na percepção dos integrantes, eles iniciam apresentando o seguinte relato:

[...] o descontentamento com a diretoria, com o jeito de realizar as reuniões (I3).

Podemos ler nestes “escritos que falamos” que o regime que vigora nesta associação, conforme Rodrigues (2004), é o presidencialista, isto irradia dificuldades na sucessão de

¹⁶ Para Agra o conceito de dispositivo, no âmbito da filosofia e história do saber e das ciências designa as ligações clandestinas entre esferas culturais separadas pela modernidade: o saber e a ciência, o poder, a justiça, a moral e a subjetividade. Assim a associação de usuários enquanto dispositivo, faz o impulso para uma atitude política que oferece visibilidade ao usuário como ser cidadão e não somente como portador de um transtorno.

quadros de direção, no rodízio entre seus integrantes e não uma renovação de pessoas na diretoria. Este regime é difícil de ser combatido, pois sua organização fica atrelada a uma exigência das instâncias jurídicas, já que seu papel de pessoa jurídica está dentro de um sistema que só valida se for dentro das condições legais.

[...] estudar o estatuto, quem são os associados, como se associam, entender a história da associação, seu objetivo e deixar isto claro a todos os associados, principalmente os novos (1).

Isso confirma o já apontado inicialmente por Soalheiro (2003), onde a qualificação dos novos quadros necessita ser pensada e construída. Uma forma seria a proposta do integrante acima. Porém, mesmo com esta possibilidade, não há garantias que ofertem continuidade dos integrantes na participação da associação, como comprova a fala a seguir:

[...] há falta de interesse para as pessoas participarem das reuniões continuamente, falta de tesão, falta de estímulo mesmo (I2).

A falta de interesse e a continuidade nas reuniões dos associados tem a ver com a percepção que o usuário tem em relação a associação e o que ela significa para sua vida. Conforme Rodrigues (2004) quando o usuário passa a ver, sentir e ver sentido em suas ações associativas, sua prática organizativa torna-se efetiva e com empenho. Por outro lado, Souza (1999) revela que os integrantes se organizam em associações também por identificação entre seus membros por elementos constitutivos de laços de solidariedade e ajuda mútua.

Portanto, as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos, apontando a profissionalização de seus dirigentes como possibilidade, mas sem, contudo deixar de lado o espontaneísmo das ações.

O fato é que a associação da forma que se apresenta aos olhos dos integrantes não tem oferecido estímulo suficiente que corresponda a expectativa dos envolvidos. No entanto, como superar esta situação? Eis a fala:

[...] o estímulo às pessoas participarem e a captação de recursos são dois grandes problemas... neste sentido é essencial o papel do CAPS, dos trabalhadores, incentivarem despertarem o interesse dos usuários para estarem no mundo, esta parceria com os profissionais é delicada e precisa, isto é um ponto, mas descobrir porque a pessoas não participam é motivo para a ciência trabalhar... se não tiver captação de recursos, não se tem investimentos e não tem o que se mostrar ao usuário, temos de mostrar a chaga, o hospital psiquiátrico mortifica milhares lá dentro ainda, mas tem gente que ainda vive em quarto

trancado dentro da sua casa na beira mar, como reverter isto? Teremos que tentar outra vez com a associação, porque é lá que é o caminho, entende?”. Continua... “a associação hoje é mais uma oficinazinha do CAPS que funciona mal (I1).

Sobre estes dois fatos apontados: elementos motivadores para a participação e aspectos geradores de renda destacamos que Soalheiro (2003), ao se reportar a Foucault, coloca que o início para a participação e organização política dá-se quando os sujeitos no esforço da transformação de si mesmos, interrogam-se sobre a sua experiência e em seguida dirigem a política os problemas com os quais se defrontam.

Por isso é interessante que num primeiro momento se destaque a experiência da loucura. Porém, há de considerar-se que a prática política e militante possui seus campos de conflitos e tensões que dentro da especificidade da loucura pode não conferir uma participação freqüente.

No segundo aspecto, sobre o significado da associação na vida dos integrantes, estes vêm-na como possibilidade geradora de recursos financeiros. O fator trabalho/vínculo empregatício é algo marcante na vida dos usuários, cuja maioria não possui fonte renda.

Com esta prerrogativa, um grupo reunido pelo Ministério da Saúde – (Brasil, 2005b), no qual havia representações de usuários, familiares e profissionais e pesquisadores pensaram estratégias visando exatamente o que relata a fala do integrante sendo elaborada a portaria que visa incentivo para se montar oficinas produtivas nos serviços, as quais são gerenciadas pelas associações, uma vez que os serviços de saúde mental não possuem legalmente respaldo para a venda de produtos. Assim, a associação assume uma característica muito forte, que é a de gerar renda. Constata-se que os associados não têm iniciativas necessárias para planejar, administrar e distribuir os produtos exigindo a presença dos profissionais.

Ciente da importância da associação enquanto geradora e possibilitadora de alternativa para gestionar a vida dos usuários, um integrante coloca o significado da associação para ele, que se configura nas perspectivas apontadas como processo para se chegar na associação que consideram ideal:

O processo para a transformação que queremos

[...] creio que os trabalhadores deveriam dar alta para os usuários do CAPS, mas não da associação para sentirem o valor da associação... novamente, acho que talvez devêssemos pensar na chapa do Orgulho Louco, com propostas como o planejamento estratégico... o CAPS está condenado, já está morto, é o hospício do futuro, estamos prontos a realizar a luta “anticapsizial”, associação deve parir informação, montar clubes do orgulho louco, o mundo

tem que dar conta, chega de ter locais protegidos para a loucura, é no mundo o lugar dela (I1).

[...] precisamos saber para onde vai a associação e que teoria ajuda (I2).

[...] entender movimentos sociais, o empowerment.. (I1).

[...] entender o movimento da luta antimanicomial, a revista superinteressante... (I3).

As vozes ecoam num primeiro momento a crítica em relação aos usuários que não vêm a importância da participação na associação e com isto indica como proposta o planejamento estratégico.

Freire (2000a: 62) coloca que o “direito à crítica exige também do crítico um saber que deve ir além do saber em torno do objeto direto da crítica. Saber indispensável à rigurosidade do crítico”.

Em relação à iniciativa para participação da associação o integrante percebe o CAPS como um dos mecanismos que não incentiva esta atitude dos usuários se configurando no que afirma Souza (2002: 91) quando relata que “a existência de serviços substitutivos – CAPS por exemplo, para os portadores de transtornos mentais não garantem, necessariamente, a organização política dos mesmos”, devido a burocratização nos serviços, hierarquização, preocupação demasiada com procedimentos técnicos que expressam produtividade, comportamento administrativos dos profissionais em horários e relatórios entre outros.

Assim, o que faz alguns usuários, mesmo sem o incentivo dos serviços, organizarem-se e atuarem politicamente é, para Soalheiro (2003: 171) em sua tese de doutoramento, a recusa à submissão, que passa pela experiência e se constitui como um instrumento para os indivíduos lutarem pela imposição de modos de vida para os quais não há ainda possibilidades reais, então os usuários e sua organização política parecem demonstrar a atualidade de suas reflexões. Concorda-se com a autora quando um de seus entrevistados relata que “tudo que tem luta é difícil”, reafirmo que essa luta pode estar apenas começando, nossa luta pelo processo permanente de compreensão do ser humano e seus jeitos de se relacionar continuamente com a vida. Portanto, o espaço da coletividade citado por Souza (2002) é o que ensina a administrar emoções, em que se aprende a ouvir o outro, onde se exercita criatividade e onde pode-se debater idéias, alimentar utopias e sonhos de viver numa sociedade com uma existência feliz.

Estes espaços são transitados pelos movimentos sociais que tentam fazer a reinvenção da cidadania através da transformação do Estado e suas instituições, bem como lutar pela garantia de direitos civis, políticos e sociais. Por isso, a voz do integrante mostra a

preocupação em relação ao conhecimento, movimentos sociais e as demais teorias que ofertam sustento nas discussões que rodeiam a organização política dos usuários. Porém, para se alcançar estas afirmações os integrantes acreditam que a associação deveria de ter potência ou impulsão para isto.

Associação de Usuários “que queremos”

[...] discutir filmes como um estranho no ninho, K-pax e depois fazer um debate crítico, porque veja o filme matrix é um bom filme para se discutir, lá ele toma uma pílula e o que está por trás desta pílula... a indústria farmacêutica! (I2).

[...] fazer o planejamento estratégico com cronograma de ações durante o ano... associação como geradora de informação, base de organização dos usuários, ter projetos da associação gerenciado pelos usuários(I1).

As falas trazem à tona outras formas de se conhecer a realidade, no caso, a ficção dos filmes como exercício para se observar o que está como pano de fundo. Para Freire (2000a: 86) “por mais fundamentais que sejam os conteúdos, a sua importância efetiva não reside apenas neles, mas na maneira como sejam apreendidos pelos educandos e incorporados à sua prática. Ensinar conteúdos, por isso, é algo mais sério e complexo do que fazer discursos sobre seu perfil”. Freire lembra que, o que alerta o integrante, são novas formas de se aprender e ensinar e com isto efetiva o valor da comunicação na prática educativa ao pensar a “associação que gostaria que fosse”. Revela com isto novas formas de se discutir assuntos, não somente através de métodos ou meios tradicionais, mas buscando outros recursos que, de fato, proporcionem a curiosidade dos usuários e os motivem para a busca do conhecer para atuar.

No caso, a utilização de filmes pode ser uma alternativa ao colocado pelo integrante, que mostra uma visão crítica em relação a indústria farmacêutica com fins investidores e lucrativos no mercado cinematográfico. Tanto pode ser alienador como libertador a utilização de filmes, isto exige também um rigor crítico tanto na escolha dos filmes quanto nos debates destes.

Outras preocupações apontadas são as formas de organização da associação e seus objetivos. O planejamento estratégico entra neste campo como método de os associados estabelecerem uma linha de planejamento comum de atuação o que talvez não geraria tanta divergência entre seus membros. Haveria a possibilidade também de sistematizar suas ações e terem indicadores para avaliar suas ações a partir ou não de seus resultados.

Outra direção sinalizada é o provimento de informações. Esta idéia demonstra atenção à comunicação entre os associados e principalmente aos novos e aos que desconhecem a proposta de associação de usuários, bem como as pessoas e organizações não relacionadas a saúde mental. O acesso à informação tem de ser pensado em mão dupla: se a pessoa procura ou não procura a informação e/ou se a informação chega ou não aos usuários. Assim, pensar mecanismos dentro este universo é sempre uma atitude reflexiva.

Ter projetos gerenciados por usuários é algo já existente no campo da saúde mental. Porém requer instrumentalização para a realização destes e todo o enfrentamento burocrático existente o que pode ser desanimador ou incentivador de perseverança.

Essa noção de necessidade da formação foi se demonstrando durante esta prática como algo a ser divulgado e levado como a “boa nova”.

De “formandos” a “formadores”: perspectiva de formação política como prática para incitar outras associações

[...] nós temos é que fazer o nosso próprio filme durante um curso como estes de formação política e poderíamos, já que estamos ‘nos formando’, nós poderíamos realizar um curso em outra associação, com a comunicação as pessoas se vêem, participam... o meio de comunicação é muito poderoso(I1).

Aqui aparece a noção do valor da formação política enquanto uma premissa para a associação de usuários já indicando inclusive mecanismos para se realizar esta prática. Porém, até que ponto os integrantes se consideram “formados” ou quais são os elementos constitutivos que levam aos usuários a perceber, sentir pensar e agir que já estejam “prontos” para realizar a formação de outros usuários? Pois não seria a formação um processo permanente?

De acordo com McLaren (2001) Freire entendeu que à medida que os oprimidos e as oprimidas assumem um maior controle sobre suas próprias histórias e a reflexão crítica destas, eles e elas estão se inserindo mais rapidamente na sociedade, só que conforme seus próprios termos e não mais pelos ditados pela sociedade.

Observa-se também, na fala do integrante um indicativo de libertação. Segundo Freire, citado por Steinberg (2001) a premissa básica reside onde os oprimidos devem ser seus próprios libertadores, de que enquanto não libertarem a si mesmos, a libertação não pode acontecer. Por um outro lado, o medo da liberdade reflete um problema que também frustra quaisquer tentativas de emancipação. O desconhecido inspira medo e juntamente com a

libertação vem a responsabilidade, razão pelo qual muitos permanecem em suas condições de oprimidos, sob os auspícios da proteção.

Para Freire (1996) existem dois estágios da pedagogia como prática para a libertação: primeiro, permitir ao oprimido que perceba a condição de opressão em que se encontra e engajar-se em sua transformação; segundo, reconhecer que uma vez transformada a opressão, todas as pessoas tornar-se-ão libertas e estarão permanentemente livres. Porém, deve haver um alerta para que os oprimidos não se tornem novos opressores.

A teoria e a prática no campo da saúde mental: a prática da teoria e a teoria da prática.

A abertura do ser é a primeira condição de
possibilidade do conhecimento, por isso só os seres
humanos podem conhecer, pois só eles podem lançar-se
fora de si, expor-se nas coisas conhecidas ou não.
Damke

Na medida em que os debates foram se acirrando e a consciência foi se ampliando, os integrantes optaram por discutir a teoria que sustenta a prática do profissional.

Esse desejo fundamenta-se na reflexão dos integrantes em relação à prática dos profissionais de saúde mental cujos sujeitos de intervenção são os próprios integrantes, eis a fala:

[...] a vontade de se discutir isto vem da prática, do convívio com os técnicos, porque eu ainda não entendi como alguém que é de outra profissão como arquitetura pode trabalhar com saúde mental? Por isso eu me pergunto até que ponto uma formação profissional “nada a ver” pode ajudar na saúde mental. (I3)

Aqui, o método da problematização a partir dos pontos-chave contribuiu para que os integrantes reconhecessem e atingissem o pano de fundo em relação à prática profissional, a teoria que impulsiona uma prática. A reflexão emana principalmente das vivências dos integrantes no serviço de saúde mental onde são estes os sujeitos “receptores” das intervenções e da prática política.

Aqui pode-se perceber que esta discussão não é especificamente emanada de uma prática associativa, mas ela é de vital importância, principalmente para qualificar a participação dos integrantes e dar sentido a prática dos objetivos da associação. Para Damke (1995), ao falar sobre qualidade na visão de Freire inclui a solidariedade de classe que se constrói na escola e o grau de possibilidades que têm os usuários enquanto coletivo. A importância de se utilizar os espaços de convívio também para elaboração e manifestação de

cultura e para isto se insere a tarefa de pensar, organizar e pôr em ação programas de formação permanente de professores, em nosso caso os próprios envolvidos, profissionais, usuários e familiares, colocando no centro dessa formação a reflexão sobre a prática.

Ao se falar na práxis (ação-reflexão-ação) os integrantes reportam-se às indagações como a fala abaixo:

[...] esta é uma pergunta que todo mundo se faz... como se forma a prática do profissional (...) pela teoria?(...)... porque às vezes as pessoas só querem ver o resultado e não querem saber o processo do conhecimento daquele técnico do serviço, porque alguns não se comprometem com a causa, nós, os loucos. (I2)

A percepção do integrante tem um ponto de partida primordial que é o como ele gostaria de ser cuidado e quais são os subsídios que constituem este cuidador/profissional. Assim, as perguntas são formuladas a partir das experiências relacionais entre usuário e profissional que, na ótica do primeiro, esta relação necessita ser pensada.

A indagação sobre os princípios fundamentais que orientam práticas e ações políticas pode representar a emergência de novos problemas a serem superados. Desta forma, a interrogação deve ser vista como um método. Para Scarcelli (1998: 140), “a interrogação possibilita o repensar e o refletir sobre certas problemáticas surgidas no trabalho cotidiano, a interrogação ultrapassa o campo do trabalho e aparece mobilizando o afazer da equipe”.

Sobre o envolvimento desta interrogação, Vasconcelos (2003), pensa ser o conhecimento que possibilita as teorias e técnicas psicológicas e psicossociais no campo da saúde mental e *empowerment* e recomenda que ele deve ser olhado dentro de uma perspectiva antiopressiva já que este possui diferenciações conceituais, competências e níveis de conhecimentos. O autor sistematiza alguns tópicos para se pensar sobre estes argumentos:

a) Conhecimento geral no campo da saúde mental – que pode ser formal e institucionalizado formado principalmente no contexto das políticas e pelo contexto institucional acadêmico; ou informal/popular que são os conhecimentos profundamente marcados pelas diferentes versões de culturas populares bem como provenientes de experiências pessoais e grupais.

b) Teorias que são corpos sistemáticos de conhecimento que estruturam as pesquisas, formações profissionais e conjuntos estabelecidos de habilidades e técnicas para a prática profissional.

c) Técnicas e habilidades de intervenção: podem ser oriundas de teorias formais e institucionalizadas como entrevista, medicação, psicoterapia; e aquelas que são sistematizadas

a partir de experiências informais/populares com curandeiros e práticas espirituais convencionais.

d) Habilidades subjetivas pessoais relacionais: cuja habilidade de se relacionar é proveniente da experiência pessoal e subjetiva do profissional e no manejo dos processos transferenciais entre este e o usuário.

Porém, não se pode deixar de mencionar o que aponta Vasconcelos (2003: 254) ao referir-se aos elementos motivadores que rodeiam o profissional a ter uma prática que não corresponda à expectativa do integrante:

(...) em relação aos profissionais tem de se fazer uma compreensão crítica e luta concreta em relação ao presente contexto de condições de trabalho desfavoráveis para trabalhadores e profissionais, e de uma cultura gerencialista que enfatiza os resultados e não os processos, dificultando mudanças institucionais significativas, trabalhos em equipe interdisciplinares e comprometidos com os usuários.

Ao se pensar a teoria da prática e seus “limites” o integrante levanta a questão da construção deste conhecimento.

[...] discutir currículo dos cursos e entender como as pessoas formam seus jeitos de se relacionarem com o mundo... os cursos só discutem temas referentes à psiquiatria tradicional, como o CID 10 o DSM IV, o tratamento a base de remédio, apenas algumas universidades tocam na saúde mental coletiva, as pessoas têm valor pelo que fazem e não pelo que são e isto exige alguma formação... Acho que tem três problemas na formação: primeiro a própria academia, não está preparando dentro de seus currículos com temas como luta antimanicomial, clínica antimanicomial, reforma psiquiátrica: segundo o concurso público não direciona um perfil pré estabelecido e terceiro, tem coisas que só o convívio mesmo é que vai dar conta, tem um ditado que diz ‘Quem sabe faz, quem não sabe ensina’, não sei se é verdade, mas as pessoas que vêm do mundo, como nós na universidade, me parece que não são bem vindas, não consigo entrar no mestrado, será que é porque eu sou louco? (I1)

Aqui, a fala enreda uma visão mais global dos constructos que possam configurar a teoria da prática. Percebemos ênfase em modelos de conhecimento emanados da psiquiatria tradicional e o distanciamento entre universidade e novos conhecimentos surgidos de novas práticas. Um alerta aos concursos públicos que ainda são o nó górdio dentro da gestão de saúde dos municípios e estados, pois os profissionais, muitas vezes, não atendem o perfil necessário para a rede de serviços substitutivos em saúde mental, tendo que buscar formação na área, isto já visto no momento da realização das formas de seleção onde, muitas vezes, a

seleção nem propõe questões destinadas ao conhecimento da saúde mental; a forma de contratação, não raro, é na modalidade de contratação temporária que provoca um rodízio de profissionais nos serviços gerando descompasso entre o vínculo e projetos estabelecidos entre usuário e profissional; ao mudar o partido político a gestão de saúde muitas vezes também muda, o que modifica ou não o desenvolvimento da saúde mental na rede.

Ainda, para o integrante, assim como para Penido (2005: 99), “a Psiquiatria nunca deixou de ser um discurso ou uma prática central na saúde mental, mas tão somente passa a dividir com a Psicanálise a referência hegemônica para a clínica”.

Relata a autora que nos serviços de saúde mental, muitas vezes é um “aprender fazendo”, pois aos profissionais “não-psis” (enfermeiro, assistente social, terapia ocupacional, músico, entre outros) a formação acadêmica para o campo da saúde mental é desqualificada, uma vez que não tem um saber abstrato que legitima a prática e que exige destes uma inventividade. A autora, ao citar Lobosque e Abou-Yd refere:

Solicita-se ao profissional uma certa inventividade para poder dar conta da clínica dos CERSAMs, mas pode-se questionar se esta inventividade não termina se traduzindo, principalmente na prática, na luta destes profissionais para diminuir a defasagem de sua formação clínica tradicional (Psiquiatria e Psicanálise) e não criar novas abordagens da loucura (PENIDO, 2005: 106).

Penido (2005: 105), citando Lobosque e Abou-Yd refere que não há uma formação que dê conta para uma possível clínica que se pretende exercer nos CERSAMs (centros de referência em saúde mental), a qual chamam de clínica antimanicomial. Ao se falar em clínica a autora refere, nas palavras de Lobosque e Abou-Yd, que a mesma exige um trânsito ágil na teoria e um delicado manejo na prática.

As relações profissionais psi (psicólogos e psiquiatras e aqueles com formação em psicanálise) são demonstradas da seguinte forma: “embora se tenha um discurso de desqualificação da formação universitária, acaba-se reproduzindo na prática o reconhecimento da clínica de saúde mental como espaço dos profissionais psi – respaldados pela formação acadêmica” (PENIDO, 2005: 109). Para a autora trata-se, antes de mais nada interrogar: qual a clínica necessária e possível para tal serviço, mesmo sob uma perspectiva caso a caso?

Ainda em se falando dos profissionais de saúde mental, há a preocupação com a subjetividade e intersubjetividade nas suas relações com os usuários, com a equipe e com os recursos necessários à prática.

Surge a questão da supervisão que para Scarcelli (1998), existe para suprir deficiências da formação universitária e incluir questões relacionadas ao novo trato ao transtorno mental (novo espaço de formação); integrar e organizar os serviços. Integrar e definir papéis

profissionais dentro da equipe; supervisão como análise institucional, como possibilidade de sanar problemas de relacionamento da equipe e da própria instituição; expectativa de troca (intra-inter equipes e inter-institucional) de conhecimentos, de vivências, de práticas. Scarcelli (1998: 112), coloca como preocupação central, o lugar ambíguo ocupado pela supervisão no âmbito das práticas que ela denomina antimanicomiais a qual pode ser indagada sobre seus limites como mecanismo de formação: “até que ponto ela pode cumprir seu papel?”.

Penido (2005: 104), ao discutir a supervisão, coloca-a como importante mecanismo de controle e enfatiza a dominância da clínica psicanalítica (Freud e Lacan) e psiquiátrica (Psicopatologia e Nosologia Psiquiátrica). “Este mecanismo colabora indubitavelmente para a manutenção do monopólio do saber psicanalítico-psiquiátrico no serviço, o que por sua vez reitera a dominância da clínica”.

Para Vasconcelos (2003: 254) o que está em jogo é a dominação de algumas correntes teóricas para darem conta do fenômeno da loucura, desta forma, salienta algumas perspectivas para realizar um “pensar e fazer” diferentes:

Parte-se do princípio de que as perspectivas anti-opressivas implicam não somente em valorizar os esforços necessários para a construção de uma teoria social crítica, complexa e pluralista capaz de entender as origens estruturais e transversais da opressão, mas também e paradoxalmente, capaz de valorizar a cultura popular e a competência e iniciativas das pessoas comuns, cidadãos, usuários e membros de vários movimentos sociais. Além disso, tal perspectiva implica na reconstrução de uma identidade profissional flexível e distante dos padrões de cultura profissional dominantes, bem como na compreensão crítica das resistências convencionais às propostas de empowerment oriundas da maioria dos profissionais e das organizações de bem-estar, geralmente interessadas na manutenção do 'status quo' de poder profissional.

É importante para os integrantes em processo de formação, frente ao relatado nos argumentos acima, o que afirma Freire (1993), o conhecimento mais sistematizado é indispensável à luta popular e ele vai facilitar os programas de atuar. Esse conhecimento deve percorrer caminhos da prática. Esse percurso é imediato, o conhecimento se dá à reflexão através dos corpos humanos que estão resistindo e lutando, estão, portanto aprendendo e tendo esperança.

Ao pensar o processo ensino-aprendizagem e teórico-prático Oliveira (2001), aponta a concepção Freireana com alguns pressupostos para contribuir nas reflexões do referido processo:

- 1) considerar o diálogo entre os sujeitos, entendido como parte da própria natureza histórica dos seres humanos no qual se trabalha a interação entre o saber experiencial dos educandos e o saber científico;

- 2) considerar a oralidade como fonte de expressão dos homens e mulheres sobre o seu existir, o seu saber experienciado e a sua cultura, que permite ao outro dizer a sua palavra, expressar sua visão de mundo;
- 3) considerar a práxis como processo dialético permanente de reflexão-ação sobre o fazer educativo;
- 4) considerar a criticidade como possibilitadora dos educandos a problematizarem a realidade social e explicitarem a razão de ser dos fatos ao se estimular a curiosidade e ato de perguntar;
- 5) parte dos temas geradores extraídos da vivência existencial e social dos (as) participantes do processo educativo;
- 6) procurar criar situações variadas de aprendizagem que favoreçam aos educandos (as) serem sujeitos do conhecimento, da história e da cultura;
- 7) desenvolver técnicas diversificadas procurando trazer para a sala de aula o cotidiano, o estético, o ético e as contradições sociais, por meio de variadas formas de linguagem e instrumentais da escrita.

Mesmo com esta perspectiva o fato não se esgota. É necessário esta inventividade para lidar com o “diferente”, o que para o integrante a convivência com os diferentes favoreça a construção de novas práticas e conhecimento valorizando o jeito que este profissional tem de se relacionar com o usuário, para ele:

[...] não basta a formação do profissional, mas sim o jeito deste profissional tem de se relacionar, isto a formação não consegue ajudar muito (I3).

O jeito de se relacionar com gente é associado a premissa que cada ser humano é único e é inerente a um universo de relações intra/inter/trans pessoais. Acreditamos que a universidade problematize esta situação, porém não acreditamos que a universidade possa dar conta disso, pois esta situação é pertinente a cada ser humano. Cumpre-nos indagar: estaria o profissional se permitindo olhar o seu próprio jeito de se relacionar? Quem avalia um jeito certo ou errado de se relacionar? E mais, o que é certo ou errado? Aqui entra o julgamento enquanto avalizador do contexto. O que há é que as pessoas têm seus jeitos de se relacionarem e alguns gostam ou não de “receber e dar” prosseguimento nesta relação. Um fato que tem chamado minha atenção (salvo a prática também no campo da saúde mental) na prática dos profissionais, aqueles que possuem a clareza da concepção e prática de valores como confiança, solidariedade, respeito, educação, amor, transparência, honestidade, sensibilidade, justiça, sabedoria, temperança, benevolência, não com enfoque paternalista, têm mostrado

relações mais satisfatórias do ponto de vista, tanto do usuário quanto do profissional. Outro fator marcante é a idéia de Curadores Feridos como nos fala Vasconcelos (2003), aqueles profissionais que tiveram alguma experiência subjetiva radical se relacionam com empatia e solidariedade maiores com os usuários.

Freire (1993: 37) relembra que “não existe a separação entre o ato e o saber. Aprendemos a não romper pensamento e ação, não estragar a teoria. Toda vez que há um rompimento é um rompimento”. Ainda dá o exemplo: “Tu perdes em praticidade, te tornando mais papagaio falador de teorias. Tu te perdes em teoria, te tornando mais denso”.

Para Freire (1993) é preciso que os intelectuais ou profissionais tenham em mente que os grupos populares são perfeitamente capazes de apreender a significação do discurso teórico. E isso é apreendido em outra linguagem, com outra vestimenta; o que eles não vão entender é a linguagem codificada, difícil e complexa.

Freire (1993) comenta que a competência profissional não se define apenas pelo perfeito cumprimento de regras e rotinas. A competência e a qualidade do trabalho sofrem dois tipos de influência: por um lado, sofrem a influência dos alcances institucionais que condicionam e viabilizam o trabalho mesmo; por outro, sofrem a influência por terem ouvidos e olhos atentos a reivindicações da clientela atendida.

Estes argumentos se complementam a seguir:

[...] tem que gostar de gente que são diferentes, mas esta postura se aprende aonde? na academia? (I1).

Aqui presenciamos algo relevante que é considerado como um dos objetivos das associações de usuários, qual seja, a luta contra o preconceito e a discriminação. Essa perspectiva de incapacidade de conviver com a diferença Silva (2000b) refere que provém de sentimentos de discriminação e preconceito surgidos de imagens do outro que são fundamentalmente errôneas. Para o autor, a pedagogia e o currículo deveriam proporcionar atividades, exercícios e processos de conscientização que permitissem aos estudantes mudar suas atitudes. A discriminação e o preconceito são atitudes psicológicas inapropriadas e devem receber um tratamento que as corrija. Dinâmicas de grupo e dramatizações são exemplos que o autor oferece para lidar com esta questão.

Para Silva (2000b: 100), a pedagogia tem que colocar “no seu centro uma teoria que permita não simplesmente reconhecer e celebrar a diferença e a identidade, mas questioná-las”. Na próxima fala um dos sujeitos da pesquisa dá outra sugestão:

[...] só vejo uma saída, os universitários ainda ficam muito tempo dentro dos espaços acadêmicos, alguns ensinam por ensinar, então acho que nós também podemos ensinar, ou a academia aprende a fazer, a lidar com os loucos e com a loucura ou ela muda de foco, tem que aprender a perguntar, pergunta que a academia jamais faria, por exemplo: 'como se corta a cabeça de uma sombra? Com uma espada de luz'. Então o dia em que a gente integrar as concepções, não precisaremos mais de CAPS (I1).

A fala sinaliza pensarmos sobre a relação prática profissional e universidade enquanto órgão formador. Os pensadores têm de quebrar seus manicômios mentais e romper seus preconceitos e permitir dentro de suas crenças e valores, que os loucos, tão incrédulos por não saberem o que falam, sejam considerados como agentes transformadores.

Que os loucos tenham seu lugar de fato e não apenas em imaginação, na construção do conhecimento na avaliação dos serviços¹⁷, pois o que temos percebido é que existem belos discursos em trabalhos acadêmicos dizendo o que se deveria fazer, mas na prática, são raros estes estreitamentos. Pensamos que as exigências acadêmicas: ensino, pesquisa e extensão - consomem muito os docentes ficando a cargo dos militantes orgânicos o esforço de maior aproximação com a realidade dos serviços e as práticas.

Para Freire (1993), se o discurso acadêmico soa alto e dominante sobre a fala popular, ele congela-se em conceito, congela a inteligência, faz com que esta adormeça no interior de frases feitas. Desaparece a ênfase na luta, entendida como curiosidade interrogadora e crítica da ordem. Permanecerão somente os pacotes de frases feitas. Ainda para Freire, a interpretação da realidade não cabe apenas dentro dos recursos institucionais, interpretar a realidade é um ato coletivo em que as perguntas, multidisciplinares, se complementam e se articulam através de um plano de atuação.

Para Lobosque (2003), nada do que se falar sobre a loucura sem considerar o que os loucos têm a dizer poderá ter relevância, nada do que se disser sobre os serviços substitutivos¹⁸ é digno de nota, se não estiver em interlocução real e ativa com o que se faz

¹⁷ Para obter mais informações, ver precisamente o trabalho de Richard Weingarten – Os usuários como atores ativos no planejamento, execução, avaliação de serviços e formação de profissionais de saúde mental. Entrevista concedida a Graça Fernandes. Transversões – Saúde Mental, Desinstitucionalização e abordagens Psicossociais, (1)1, 1999.

¹⁸ Serviços substitutivos conforme Lobosque (2003) são aqueles que se constituem enquanto rede: um conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilita a extinção do hospital psiquiátrico. Concretiza-se através de estratégias de uma política pública comprometida com esta transformação, dentro dos princípios de um sistema único de saúde.

- Utilização do uso correto e preciso dos novos psicofármacos;

nestes serviços e sua produção de conhecimento junto à academia. Afirma, ainda, que somente os riscos e os prazeres de um pensamento que arrisca é que a dita questão da formação em saúde mental poderá ter sabor.

Desta forma a sugestão a seguir se refere a uma hipótese para solucionar os argumentos acima expostos:

[...] deveria haver uma consciência de ambas as partes, a instituição de ensino e a associação, se faz um convênio, um projeto da associação, na associação deveria ter um grupo de formadores para ensinar, com alguns representantes que ensinam dentro da associação e mais um responsável técnico para se analisar junto o que a academia exige de seu plano de ensino, as propostas, não para ficar responsável pela aula, mas para ajudar a pensar e refletir, é preciso se construir um novo conhecimento juntos, o saber acadêmico e o saber de quem vivencia, de quem sente, para não ficar passando só palavras difíceis, mas passar emoção, vida mesmo e esta para mim é a única solução, veja bem jef, na disciplina que vc dava aula eram três professores, porque não tem um louco junto?(I1); [...] então, são estes obstáculos que retrocedem as discussões (I1).

Para Freire (1993), o percurso da compreensão do conhecimento deve permitir, em sucessivas superações, um modo de conhecimento crítico e próximo ao trabalho popular. À formulação de novas estratégias para melhor compreensão da realidade atribui-se diretamente uma melhor elaboração do conhecimento.

Bógus (1998) afirma que as associações civis podem ter um papel educativo fundamental se não restringirem sua atuação a interesses corporativos e ampliarem sua composição com os mais diversos segmentos da população. Podem desenvolver mecanismos de articulação com outras organizações no sentido de ampliar o olhar de cada uma delas.

Desta forma, a conquista pela transformação no processo ensino-aprendizagem e teórico-prático no espaço da academia exige clareza da necessidade de ambas as partes (academia/serviço/associação), ruptura de crenças e valores, formalidades institucionais e qualificação dos integrantes da associação para esta perspectiva. Temos conhecimento de algumas iniciativas isoladas onde lideranças no movimento de usuários da luta antimanicomial têm ido a universidades realizar palestras, ministrar aulas, porém, sem

-
- É preciso que o sujeito saiba sempre encontrar seu terapeuta, quem ele é, quando virá, quem responde por ele em sua ausência;
 - Convivência em pé de igualdade;
 - É necessário “um estar” com nas conversas, nas oficinas, nos lazeres que divertem, nas assembléias que deliberam, nas passeatas que manifestam.

formalidades mais próximas como a apontada, já que dentro destes trâmites surge algo primordial: financiamento.

Assim, não basta apenas ousadia nos bancos acadêmicos, falta uma idéia clara da parte cátedra que os loucos podem fazer parte do processo ensino aprendizagem, pois fala-se tanto nos limites provocados pela loucura ou pelo transtorno esquizofrênico, bipolar, de personalidade, depressivo, mas talvez o limite seja a crença da academia, por não acreditar que um louco pode também ser educador. Tem de se somar as forças, a intelectualidade e a vivência de quem tem uma consciência louco-crítica.

Para fecharmos a discussão sobre o processo teórico-prático no campo profissional podemos ainda pensar na educação brasileira enquanto formadora de sujeitos críticos para transformar a realidade. Nosso ensino público fundamental apresenta baixos índices de qualidade, o mesmo acontece no nível médio. A discussão da teoria da prática na saúde mental para o processo de formação foi a última situação problema.

Avaliação da Formação Política na voz dos participantes

Meu maior desejo e satisfação estará na possibilidade de que a história de todo o movimento liderado não seja contada com base em datas, portarias ou atos oficiais, mas sim pelas histórias de pessoas, de muitas pessoas cujas vidas tivessem sido transformadas pelo meu e nosso trabalho.

Franco Basaglia

Fechando a análise dos resultados desta prática formativa é apresentada a avaliação dos integrantes em relação ao processo de formação política objeto do presente estudo.

Para os participantes, a formação política é uma estratégia não só para a busca da consciência coletiva, mas para se obter *insights* sobre a própria vida. Porém, a formação deve ser realizada com mais brincadeira, dinâmicas, música, teatro, outras formas de comunicação que não somente a verbal. A formação política é a qualificação da informação através da teoria e da prática para mudar a realidade sendo, portanto, uma construção diária. Faz sair do âmbito da reivindicação individual e passa para a superação mútua de um problema. O maior mérito dessa formação foi a tomada da consciência coletiva, eis as “falas que falam” por si mesmas:

[...] queria te agradecer, obrigado, me sinto muito feliz, mas você ainda é muito careta, tem que ter um pouco mais de brincadeira, ter mais comida, mais música, mais dança, mais teatro, elaborar meios de se comunicar em que as pessoas possam ir além das próprias

palavras... acho que está ótimo, eu tive vários insights, estou com os pés no chão e acho que a gente está pronto cara, é viabilizarmos uma ONG do orgulho Louco e ganhar dinheiro (11).

Para Mergner (2001) o *insight* de que cada ser humano se encontra equipado com a dignidade da sua singularidade liga-se inextricavelmente à compreensão da dignidade da pessoa. A decisão de preservar a própria dignidade inclui a decisão moral de respeitar a dignidade do outro. Assim, os esforços da ciência educacional devem se concentrar em descobrir como o indivíduo pode adquirir consciência de sua própria dignidade, o que refreia para adquiri-la e como surge a ação moral. O reconhecimento do fato de que cada pessoa é um ser único e limitado, com direito à sua vida. Só pode-se viver e experienciar a singularidade no contexto histórico e social.

Bógus (1998) ao analisar o processo de formação política do MSZL refere que o conceito de sociedade apóia-se em dois níveis: sistema – no qual é regida por mecanismos diretores auto-regulados, como mercado e poder administrativo, e o mundo da vida - esfera regulada pela busca do entendimento através de procedimentos comunicativos mediados lingüisticamente. Este mundo da vida é constituído por três estruturas simbólicas quais sejam: cultura, sociedade e personalidade. Assim o mundo da vida acaba regido para Bógus (1998: 42) pelos meios reguladores: “dinheiro (via mercado) e poder (via administração burocrática) que são originários da esfera sistêmica”, isto provoca “a cisão entre sistema e o mundo da vida”.

Chamamos a atenção neste sentido para que a loucura não vire uma mercadoria cujo produto possa ser mais uma reprodução da exploração do homem pelo homem, ou seja “louco ganhando dinheiro com sua loucura” e sim, louco “ganhando dinheiro” dentro de seus direitos, empenho, criação, justiça e merecimento, como todo ser humano. Porém, a conotação da fala é de que a loucura não é somente sinônimo de sofrimento, mas também de descoberta de si, de um novo mundo cercado por esta relação poder e dinheiro e transformação. Para tanto, a necessidade de despertar a consciência para uma prática transformadora se mostra presente no discurso deste integrante. Seguem outras avaliações:

[...] eu vejo que estes encontros me mostraram que a gente pode ir mais longe, usufruir da informação para mudar a realidade, isto para mim é um incentivo para fortalecer a desinstitucionalização. Eu vejo que hoje a saúde mental no Brasil, mesmo com tantas diferentes culturas, ela está muito parecida, muito igual, um assistencialismo, um paternalismo e isto não muda. A formação política para mim veio como uma luz, já não penso em apenas reivindicar, mas como superar esta reivindicação, como buscar esta

solução e isto é terapêutico, é formação política é uma construção diária e não apenas uma oficinazinha do CAPS que você ainda fica fazendo desenhinho. Acho que o mais importante dos temas é o controle social. Agora nosso desafio é continuar esta formação, porque eu mudei muito com esta formação e vejo que ela é importante pra minha vida, me ajuda a pensar melhor e responder melhor que só a prática não dá conta, não sou sozinho pra pensar soluções pra problemas comuns (12).

[...] foi legal conhecer o que eu não conhecia, as leis por exemplo, fiquei lendo em casa, falei com o meu irmão sobre isso, num momento em que eu não sabia mais o que falar com ele, aprendi a ver que estas coisas servem para a minha vida e eu não sabia. Se eu comparar com o início, só com estes encontros eles melhoraram a minha realidade, porém conhecer muito me desestimula em ficar só no CAPS; fico triste pelas pessoas que não quiseram vir aqui e não foram beneficiadas como nós. Gostei porque a cada discussão pedia uma solução, isto é interessante, e é importante, hoje eu trago isto para a minha vida, vejo um problema, tento pensar melhor sobre ele e tento encontrar solução, te agradeço muito por isso (13).

Pode-se perceber que a formação política tem sua essência quando aplicada na vida cotidiana de cada um é que gera transformação. Assim, somente com a percepção desta essência é que se dará continuidade ao processo e, a partir de então, expandir para a militância política e organizativa. O referencial de Freire confirma que é possível acreditar nas pessoas pois, conforme Damke (1995) o mundo exterior não muda somente pelo fato de que nós o conhecemos. Nós é que mudamos pelo fato de tê-lo conhecido. O processo de formação convida a pessoa a ver o que é familiar com novos olhos.

Freire, no desenrolar desta análise refere, a importância conferida à busca ao outro, que ele descubra seu valor, seu reconhecimento, o despertar da consciência, e que esta busca seja encontrada no coletivo para se construir estruturas mútuas de respostas, tem seu alicerce com a educação popular que se constitui num processo para tornar comum às pessoas, suas situações de existência e suas formas de enfrentamento diário.

A reflexão coletiva, mostrada no decorrer dessa prática, favoreceu o início e um amadurecimento em questões antes não discutidas e que os serviços de saúde mental, ainda, tenuamente debatem.

Envolvido na análise do processo de formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental até o momento, ousou apontar algumas reflexões sobre este processo as quais julgo serem “uma gota no oceano” para, quem sabe,

despertar a curiosidade e a consciência de outras pessoas em relação à necessidade desta prática.

7. FORMAÇÃO POLITICA EM SAÚDE MENTAL – REFLEXÕES

Você ensina melhor o que mais precisa aprender.

Richard Bach

O capítulo está organizado em dois itens: primeiro uma reflexão emergente sobre os temas trabalhados, quais sejam a cidadania e a prática assistencial desenvolvida e o segundo, a metodologia empregada, bem como sugestões.

Exercício de Cidadania – Uma outra cidadania é possível para os portadores de transtorno mental?

A origem da palavra cidadania vem do latim “*civitas*”, que quer dizer cidade. A palavra cidadania foi usada na Roma antiga para indicar a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer. Segundo Dallari (1984: 14):

a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social.

Para Radis (2005), cidadania é a consciência de direitos democráticos, é a prática de quem está ajudando a construir os valores e as práticas democráticas. No Brasil, cidadania é fundamentalmente a luta contra a exclusão social, a miséria e a mobilização concreta pela mudança o cotidiano e das estruturas que beneficiam uns e ignoram milhões de outros. Querer mudar a realidade a partir da ação com os outros, da elaboração de propostas, da crítica, da solidariedade e da indignação com o que ocorre entre nós, é exercitar a cidadania. Para Radis (2005:35), cidadão seria o indivíduo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. “Um cidadão com sentido ético forte e consciência de cidadania não abre mão desse poder de participação”.

O mesmo autor (2005: 35) afirma que cidadania é:

A condição da democracia. O poder democrático é aquele que tem gestão, controle, mas não tem domínio nem subordinação, não tem superioridade nem inferioridade. Uma sociedade democrática é uma relação entre cidadãos e cidadãs. É aquela que se constrói da sociedade para o Estado, de baixo para cima, que estimula e se fundamenta na autonomia, independência, diversidade de pontos de vista e, sobretudo, na ética – conjunto de valores ligados à defesa a vida e ao modo como as pessoas se relacionam, mas defendendo a igualdade de acesso aos bens coletivos.

Em se tratando cidadania como um conjunto de direitos, pode-se pensar nos seguintes desmembramentos, conforme Vasconcelos (2000a): **Direitos civis:** são entendidos como aqueles que garantem a liberdade individual e a igualdade perante a lei, incluindo o direito de não ser segregado, confinado e estigmatizado por razões políticas, religiosas ou condição existencial específica, diz respeito à legislação; **Direitos políticos:** indicam o direito de votar, de ser votado e de participar da vida política através das diversas formas de organização (partidos, sindicatos, movimentos sociais), diz respeito ao judiciário; **Direitos sociais:** diz respeito à garantia de um padrão mínimo de bem estar econômico e social, incluindo a seguridade social, implica diretamente a estruturação de produção e distribuição dos bens econômicos e sociais.

A noção de cidadania dentro da modernidade dialógica representada por Habermas citada por Bogus (1998), corresponde a uma cidadania construída pelo diálogo. Defende a organização da sociedade civil a partir das diferenças, não no sentido de valorizar as diferenças que levam à desigualdade, mas valorizar a igualdade nas diferenças. A igualdade prévia não deve ser uma condição para o diálogo. Deve-se partir da situação existente e impor-se o diálogo no sentido de se caminhar na direção da igualdade, tal igualdade almejada não precisa implicar na eliminação das diferenças, mas na eliminação das desigualdades. Na atualidade, quanto maior a desigualdade, maior a necessidade do diálogo, através da ação comunicativa.

Por falar em desigualdade, e falando de louco e loucura, Vasconcelos (2000a) afirma que a partir da modernidade, a loucura se torna problemática, pois a cidadania sustentada nos ideais de igualdade, liberdade e fraternidade, tentam transformar o louco em um ser semelhante ou “normal”, um cidadão com o qual podemos e precisamos nos comunicar e a quem se deve cuidado. Neste caminho, o princípio universalista da cidadania também funciona como princípio de inclusão e exclusão.

Em se falando das pessoas consideradas loucas temos a seguinte reflexão: em nome de que diferença os usuários em saúde mental merecem direitos, serviços e benefícios especiais, já que os lemas são liberdade, igualdade e fraternidade? Isto nos faz correr um risco apontado por Vasconcelos (2000a), pois acabamos afirmando a diferença que justifica e alimenta o estigma e o tratamento diferenciado que a sociedade normalmente tem para com o louco, ou seja, isso despotencializa a luta no campo dos direitos civis. O autor conclui perguntando-se se a própria temática da loucura e as reivindicações do movimento de usuários são assimiláveis e compatíveis de forma linear com as formulações clássicas dos direitos humanos e de cidadania. A esta pergunta, Vasconcelos (2000a), ao referir os autores franceses,

responde negativamente. E pensando-se num contexto histórico, a cidadania dos loucos não caberia dentro da concepção iluminista dos direitos humanos, pois esta cidadania só pode ser exercida pela razão.

Para Gauchet e Swain, citado por Bezerra Jr. (1992), a razão não se perdeu no louco, ela é uma ponte, por ela o louco poderá alcançar o território da cidade, pois de um modo ou de outro, somos levados a pensar na aquisição da cidadania como mediada pelo uso autônomo da razão.

Para Habermas, citado por Bogus (1998), o indivíduo é racional quando interpreta suas necessidades à luz dos padrões de valor apreendidos em sua cultura e, sobretudo, quando é capaz de adotar uma atitude reflexiva diante dos padrões de valor com que interpreta suas necessidades, se mostrando disposto ao entendimento e diante das perturbações da comunicação, reage, refletindo a respeito das regras lingüísticas.

Assim, podemos pensar: como exigir cidadania – exercício racional da autonomia - a um tipo social cuja característica central, particularmente no período da crise é a de que não se encontra de posse da razão? Como conciliar os postulados democráticos de igualdade e liberdade junto aqueles que parecem necessitar sobretudo de fraternidade? Em relação à razão, Bezerra Jr. (1992) refere que Pinel tem um mérito, o de ter descoberto “o resto” de razão nos alienados e este resto serve como contendo o princípio de sua liberdade. Dessa forma, a loucura aparece em momento provisório, e inscreve-se num fundo de humanidade.

Uma outra cidadania é possível – Mas, como?

Uma outra cidadania é possível? Quando se pensa na possibilidade de fecundar a idéia de uma nova democracia como invenção permanente, Vasconcelos (2000a) e Bezerra Jr. (1992) reconhecem a necessidade de produzir novos valores e novas práticas subjetivas que são indispensáveis à construção de uma sociedade tolerante, já que cidadania não é apenas o reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo, e, portanto, onde a **loucura não implique possibilidade**. Para isto, segundo os autores, é indispensável refletir criticamente sobre as nossas concepções de sujeito. Para Bezerra Jr. (1992), o ser humano, nas palavras de Freud, é um ser atravessado por conflitos permanentes e dilacerantes, que só encontram formas de estabilização nas práticas lingüísticas que propõem as regras de reconhecimento público e privado. Para o autor, a marca fundamental do humano é a contingência, a ausência de natureza. Por isso sua descrição do sujeito humano nos ajuda a imaginar criativamente novas formas de conceber a cidadania nas quais o peso normativo da

razão possa ser relativizada frente a outros valores. Então, qualquer política de saúde mental tem de começar pelo reconhecimento do paradoxo: na relação da loucura com os pressupostos éticos da cultura ocidental, quem é o sujeito?

Para Vasconcelos (2000a), uma das dificuldades é não termos instrumentos teóricos analíticos para pensar a ação política, os programas de política pública e os projetos alternativos mais globais na sociedade, necessários ao avanço da democracia e da conquista gradativa da cidadania civil, política e social para toda a sociedade, possibilitando que o plano da esfera política e social se alargue em relação ao conservadorismo, neoliberalismo ou qualquer modelo normatizador.

Portanto, para exercer cidadania é essencial que existam formas revolucionárias do desejo de “grupos sociais”, como aponta Vasconcelos (2000a: 91), devem ser formas sociais criadoras e inovadoras. Para avançar o processo é necessário um movimento:

criticando os dispositivos culturais, ambientes e serviços que reproduzem o estigma e a desvalorização social dos usuários;

criando oportunidades para o cesso a “vida comum” como a dos demais cidadãos, com riqueza de estímulos e trocas sociais (e neste item parece haver os aspectos mais polêmicos);

estimulando o respeito pelas pessoas, o menor controle e paternalismo possível sobre os indivíduos, pela ênfase na liberdade (prática de escolhas), no direito à autodeterminação, à autonomia¹⁹ e à independência pessoal, sem contudo negar o direito à dependência;

sobretudo, viabilizar o *empowerment*, por meio de estímulos às iniciativas de auto-ajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa dos direitos informal, legal e profissionalizado, de forma individual e coletiva, e a participação efetiva dos usuários nas decisões nos serviços e agências promotoras de políticas de saúde mental, nos níveis de planejamento, execução, avaliação de serviços e na formação de recursos humanos para o trabalho no campo da saúde mental.

Novas formulações de democracia, de processos emancipatórios e da teoria do sujeito que permitam combinar novas formas de cidadania com as exigências de aceitação da

¹⁹ A **autonomia** é compreendida como a capacidade e a possibilidade do cidadão em suprir suas necessidades vitais, especiais, culturais, políticas e sociais, sob as condições de respeito às idéias individuais e coletivas, supondo uma relação com o mercado, onde parte das necessidades deve ser adquirida, e com o Estado, responsável por assegurar outra parte das necessidades como a possibilidade de exercício de sua liberdade, o reconhecimento da sua dignidade, e o direito de representar pública e partidariamente os seus interesses sem ser obstaculizado por ações de violação dos direitos humanos e políticos ou pelo cerceamento da sua expressão.

Autonomia é a capacidade de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos. A questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas (KINOSHITA, 1996).

diferença e dos processos de subjetivação e individuação, em especial pela valorização dos movimentos sociais surge como imperativo. Vasconcelos (2000a) reforça que a vontade de liberdade do sujeito e a aliança à razão como força crítica, servem de ferramentas para os novos movimentos sociais que tomam a defesa do sujeito como meio de denunciar as formas de poder que submetem a razão aos seus interesses, mas sem abrir mão do direito à diferença, pois tais diferenças, como a loucura, são utilizadas para justificar tratamentos desiguais, não equivalentes.

Para o autor (2000a), a noção de igualdade é política, pois pressupõe um acordo social para considerar pessoas diferentes como equivalentes em relação a dado aspecto específico, e não como idênticas em si mesmas. Para o autor, o oposto da igualdade é a inequivalência e não a diferença, pois a pretensão não é anular as diferenças entre os sujeitos, mas afirmar que tais diferenças são utilizadas para justificar tratamentos desiguais, não equivalentes. A cidadania dos loucos atravessa dois pontos cruciais: luta pelos direitos sociais especiais e a dependência em relação aos profissionais e aos serviços públicos de saúde mental, e este debate, imprescindível, ainda terá grande importância.

Sendo assim, Vasconcelos (2000b) lembra que o terreno da conquista da cidadania e do *empowerment* em saúde mental é ter consciência de que estamos diante de um campo de relações de forças complexo e paradoxal que não impede a construção e implementação de projetos com pretensão hegemônica, mas que a manutenção de seu caráter democrático exige abandonar esquemas conceituais lineares, onipotentes, que tentam garantir de antemão a sua eficácia e não consideram o caráter ambíguo, mutante e paradoxal dos dispositivos de poder e de suas formas de resistência, exigindo esforço contínuo de crítica e atualização, como por exemplo, na abordagem basagliana.

Assim sendo, amparados nestes argumentos a exigência de uma prática requer a exigência de um dispositivo para se promover este agir, que ora apresentamos.

Formação Política em Saúde Mental – Sua Especificidade

Partindo do pressuposto que é necessário a realização de um outro tipo específico de cidadania e sua efetivação exige um dispositivo de enfrentamento diferente, qual seja, a formação política relatada no decorrer deste trabalho, serão explicitadas, a seguir, algumas considerações sobre esta especificidade.

A Experiência vivenciada durante a realização da proposta de formação política em saúde mental, revela que o método problematizador é um exemplo efetivo de aproximação à realidade, que necessita ser descoberta. O método contribui para pensar os fatos que rodeiam

os envolvidos no processo, pois o mesmo possa ser utilizado, independente da cultura sócio-política-geográfica em que estejam as pessoas desejantes.

A metodologia da educação popular, ao partir da realidade do sujeito permite problematizar e buscar soluções práticas evitando estabelecimento, a *priori*, de questões a serem tratadas e evitando o risco de iatrogenizar as concepções e as realidades dialogadas.

Na presente prática, os temas geradores emergidos são apenas um ensaio do que pode vir a ser discutido. Em cada local há uma realidade distinta, por isso a necessidade de se averiguar através do método quais temas geradores se mostram mais importantes. Como destaque, a sugestão é de que os temas geradores poderiam estar elencados por níveis de prioridade na vida dos envolvidos. Num primeiro momento, os temas geradores devem emergir a partir da necessidade de cada pessoa envolvida, depois se busca o mais emergencial, desejoso e estimulante para o grupo. Acreditamos que na experiência realizada, os temas contribuíram como ajuda para o despertar da consciência e para pensar a vida e seus fatos.

Em se tratando de uma especificidade, a formação política em saúde mental, é importante que se converse antes e depois das discussões abordando o campo dos sentimentos, ou seja, como os envolvidos estão se sentindo, como estão sendo para eles as novas descobertas, ou não, no sentido de evitar gerar angústia e/ou ansiedade, muitas vezes vinda à baila pela experiência concreta, vivencial e existencial da crise.

Embora não constatado ao longo da prática, devido ao fator tempo e à inexperiência no campo, bem como por expressão de algum envolvido, alguns usuários vivenciaram conflitos não superados no campo da saúde mental que o contato com o processo de formação política pôde despertar a consciência ao constatar a descortinação da realidade. Pois, muitas vezes, a percepção da dureza que é a realidade e o que se mudar e a impossibilidade de mudança pode gerar mais sofrimento. Para isso, é primordial assegurar espaço para manifestação dos sentimentos, de como estão se sentindo, ou seja, ter esse cuidado como uma rotina diária, antes e depois das atividades.

Sugestão de formação política em saúde mental

Por mais limitada que tenha sido a experiência (tempo, amadurecimento para a realização da proposta), da realização da prática assistencial com o objetivo de desenvolver um processo de formação política, ela contribuiu para que pudéssemos ao menos pensar e refletir, a partir do realizado e do pesquisado junto a outros processos de formação. quais sejam o Movimento da Saúde da Zona Leste e a Capacitação dos Conselheiros de Saúde.

Ao se pensar um processo de formação política em saúde mental faz-se necessário lembrar da especificidade que tal processo carrega, dentre outras, a experiência da crise das pessoas que a vivenciam, seus limites, seus potenciais e limitações e o sentido desta ação na vida de cada um e para o grupo.

O **ambiente** no qual se realizará o processo deve proporcionar um espaço agradável, com recursos que possibilitem a facilitação do mesmo. Entendemos que os encontros fora do serviço de saúde mental possibilita às pessoas transitarem por outros espaços sociais ao mesmo tempo em que, o afastamento do serviço da saúde permite eliminar as interferências que o mesmo possa causar no processo.

Sobre as **dinâmicas de organização** é sugestivo iniciar os encontros com dinâmicas que integrem o grupo, que façam relação com suas vidas e com a realidade social na qual estão inseridos, pois a “troca” das diferentes realidades oportuniza aos envolvidos reconhecerem-se. A utilização de dinâmicas que mobilizam o corpo pode ser útil na medida que o movimento se contrapõe à participação estática característica dos padrões formais de educação. Ao iniciar os trabalhos, é importante que as pessoas narrem um pouco suas histórias de vida, falem da militância ou da não militância para que as pessoas se reconheçam entre si.

Ao utilizar o **método** problematizador é fundamental iniciar explicando como ele é, mostrando exemplos a partir de algum tema gerador. É desejável que os participantes assumam tarefas, como por exemplo, apresentar algum tema gerador e iniciar a discussão para ir se apropriando da tão falada responsabilidade e compromisso e para que se envolvam com o que se estão realizando.

Necessário se faz aprofundar os temas geradores, talvez para cada tema gerador haja necessidade de se pensar o **tempo** que se irá dispor, pois a teorização dos temas é um ir e vir difícil de se estabelecer, *a priori*, um tempo exato. Imprescindível é a realização de uma **parte prática** do processo de formação para que se tenha a possibilidade de se perceber dentro do contexto e da realidade estudada a ligação com a teoria que está sendo descoberta. Sendo assim, é importante visitas a espaços, por exemplo, de controle social quando este for tema, realizar entrevistas no espaço do território com pessoas reconhecidamente importantes dentro do tema abordado, isto para aproximar a teoria da prática e para que haja a percepção da realidade do que está sendo feito. As “**tarefas para casa**” também podem ser exploradas enquanto elemento motivador para dar continuidade e aderência ao processo de formação. Cuidado especial com as tarefas não realizadas evitando cobrança e buscando entender o motivo da não realização e jamais utilizar medidas que possam constranger a pessoa.

No tocante a **teorias** utilizadas é recomendável que se busque teorias que estejam em consonância com o processo de reforma psiquiátrica e com os princípios da Luta Antimanicomial, que rompam com o paradigma psiquiátrico. Enfim, buscar teorias que ofertem embasamento crítico reflexivo, que possibilitem uma visão aprofundada dos temas geradores, tornando-os o mais próximos da vida cotidiana dos envolvidos.

Primordiais também são as **avaliações** que podem ser feitas pelo grupo ou a cada dia ou ao término de cada tema gerador. Lembrar de avaliar, que maneira a formação está sendo utilizada em suas vidas, como tem sido o processo para as pessoas no momento da avaliação, entre outros.

Partindo de nossa realidade, bem como outras experiências em formação política, é primordial, indispensável até, um **incentivo financeiro** para os participantes, seja como “bolsa de estudos” e/ou valores financeiros de tal forma que ao participar esta não fique impedida de realizar atividades que lhe garantam algum recurso financeiro. Esta ajuda, além do aspecto citado também poderia se traduzir num incentivo à participação.

Especificidade da Loucura – A experiência da crise

Por se tratar de uma especificidade, a experiência da crise acompanhará o desenvolvimento do processo de formação política neste campo como uma possibilidade, tanto no decorrer do processo de formação, quanto na prática posterior de militância política. Ou seja, aqui alertamos sobre a crise como parte integrante de um processo educativo desenvolvido com pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em se tratando do processo de formação, é desejável que haja essa discussão com os envolvidos, já nos primeiros momentos, para que se concretizem espaços de solidariedade, confiança e afeto entre os participantes. É necessário que haja espaços de proteção para as pessoas que se fragilizam no decorrer da atividade, espaços como grupos de ajuda mútua, apoio de outros usuários e/ou pessoas de confiança dela. Dialogar com o grupo se suspende o processo ou não. Por isso a relevância da especificidade e o acordo entre o grupo. Neste sentido é interessante que se respeite a decisão do grupo, para que a continuidade seja agradável e de aproveitamento na vida dos participantes.

Em se tratando de militância política, percebemos que o contato com espaços estressantes e possibilitadores de crise, como instâncias de controles sociais, congressos, assembleias, ou seja, momentos em que se tenha de participar e tomar decisões e que envolvam discussões mais profundas, e caso se expresse a crise, necessário será proteger a pessoa e ter acompanhamento por uma equipe de retaguarda, seja em grupos, ou alguma

pessoa de referência, para que a pessoa não se sinta sozinha e tampouco “descuidada”. Em uma associação de usuários isto deve ser discutido a rigor, pois quando a crise se manifesta nas lideranças, o grupo perde a referência podendo ficar a deriva. Queremos alertar que a probabilidade disto acontecer é grande e que é importante respeitar o momento de cada um, que para cada pessoa diferente, tempo diferente para a recuperação.

Implicações para pensar a própria formação e prática política dentro da especificidade da loucura.

Aceitar as interrupções como condição existencial colocada pela diferença da loucura.

Em seu livro mais recente, Vasconcelos (2005) nos fala das narrativas das pessoas que vivenciam a experiência da crise, os chamados portadores de transtornos mentais, onde esta possibilidade é real, existente e concreta. Porém, a convivência com esta especificidade, quando percebida por outros ângulos, pode configurar numa transformação pessoal para enfrentar a vida. Esta “interrupção ininterrupta” dentro de um processo de formação política e de militância é condição específica e diferenciadora neste tipo de atuação. Muitas vezes acontece de as pessoas não voltarem para a prática militante, devido aos espaços conflituos e de embate que desencadearam a crise. Muitas vezes não existem espaços de acolhimento para estes eventos, e muitas pessoas não retornam às discussões políticas e os movimentos perdem suas referências.

Desmistificar o processo linear sem ambigüidades/crises.

Referindo-se à associação e seus participantes, suas atuações tornam-se amplas e singulares. Amplas, pois à medida que se vai descobrindo possibilidades as intervenções se alargam até o Estado, a comunidades, e serviços de qualquer ordem o que vai exigindo, concomitantemente, uma qualificação para a ação. Singular na medida que cada um percebe e elabora a realidade percebida. Tanto na formação política que desempenha este papel de “qualificação da visão de mundo” quanto na prática militante, está presente a possibilidade de se depararem com o fenômeno da crise. Quando a pessoa vivencia a crise, ela pode perder, parcial ou totalmente, o foco de uma determinada realidade, isto é, haver uma disparidade e descontinuidade com relação aos demais participantes. Muitas vezes, dependendo do comportamento, tanto no momento quanto subsequente à crise o usuário, após sua recuperação, sente-se envergonhado dificultando e retardando a voltar à prática militante, ou mesmo ocorrendo o abandono. Alguns não retornam, outros retornam com ainda mais vigor

além daqueles que retornam mais sensíveis. A criação de espaços de recuperação necessita ser pensado e criado. A existência de uma rede de apoio, de suporte e solidariedade é fundamental para que cada pessoa ou grupo de pessoas desenvolva uma melhor recuperação. **Um dos desafios para o movimento é a urgência na criação de serviços alternativos para momentos de crise, e que funcionem como refúgio e asilo (no sentido político) na comunidade,** dado o volume de recursos necessários para financiá-los, o suporte disponível 24 horas por dia e os requisitos de segurança. Sobre estes espaços e dispositivos, Vasconcelos (2003) nos indica:

Defesa dos direitos - uma entidade de advogados profissionais que desenvolvam ações de defesa formal dos direitos civis e sociais dos usuários, também ligados aos conselhos de usuários de cada instituição ou serviço. As cartas e declarações são particularmente relevantes para sugerir aos usuários, legisladores e trabalhadores sociais e de saúde mental engajados com a perspectiva do *empowerment*, procedimentos específicos para controlar os poderes discrecionários institucionais e profissionais mais verticais, especialmente quando o usuário está permanente ou temporariamente em uma situação mais frágil ou incapaz de usar plenamente suas capacidades cognitivas. Uma perspectiva comparativa mais geral com outras nações, estados e municípios, permitirá uma avaliação crítica dos dispositivos legais em vigor numa área particular e de possíveis alternativas propostas em outros contextos.

Acompanhamento dos companheiros: Uma proposta interessante é reafirmar o direito de decidir quem o usuário quer que esteja envolvido na decisão tomada durante o cuidado.

Testamento em vida ou declaração antecipada visando a recuperação: um adulto pode expressar de antemão como deseja ser tratado em caso de crise de saúde mental e incapacidade de auto-determinação. Declarações antecipadas podem, por exemplo, expressar uma recusa de um conjunto de tratamento em particular, ou dar prioridade a um outro, ou escolher o serviço ou o profissional preferido. Pode também abranger, ou incluir, uma declaração dos aspectos e crenças pessoais em geral que um indivíduo valoriza, ou mesmo indicar o nome de uma outra pessoa que deveria ser consultada no momento de uma decisão sobre tratamento.

Ajuda mútua: geralmente, dinâmicas lideradas por usuários ou completamente autônomas, direcionadas para a troca de experiências de vida entre pessoas com problemas similares, discutindo estratégias de como lidar com eles (*'coping strategies'*) e provendo apoio emocional e psicológico entre pares. Os grupos baseados na tradição dos doze passos constituem um exemplo típico;

Dispositivos coletivos para a associação conforme Vasconcelos (2003).

Grupos de ajuda/suporte mútuo: apoiando as iniciativas lideradas por usuários, como no campo da ajuda mútua, suporte mútuo, dos diferentes tipos de defesa dos direitos, militância e de serviços organizados/liderados por eles próprios, que aumentam sua autonomia e independência em relação aos profissionais. Exemplo neste campo se destaca os chamados conselheiros de álcool e drogas, ou seja, antigos usuários de álcool e outras drogas que se recuperaram e que hoje trabalham nos serviços públicos promovendo atividades individuais e coletivas de ajuda e suporte mútuo, dentro e fora dos serviços, e com apoio e infra estrutura.

Massificação de dispositivos de ajuda e suporte mútuo: *grupos de suporte mútuo*, diferenciando-se dos grupos de ajuda mútua pelo fato de enfocarem, sobretudo, questões sociais mais amplas ou relacionadas à vida concreta na comunidade, e que constituem a base principal para o desenvolvimento de atividades conjuntas que se desdobram em iniciativas e projetos que acontecem fora da reunião propriamente dita do grupo. No movimento de usuários de saúde mental é comum haver reuniões de ajuda mútua que são logo seguidas por reuniões de suporte mútuo, conscientização, defesa de direitos e militância.

Financiamento: como exigem tempo, dedicação e reconhecimento, estas atividades podem ser realizadas em parcerias com lideranças de usuários, mas com um incentivo financeiro, pois a ausência de recursos desta ordem constitui uma queixa comum levantada por praticamente todos os líderes de movimento e profissionais que trabalham para eles.

Cartilhas: A National Association for Mental Health (MIND) Organização Não Governamental (ONG) inglesa possui mais de 100 cartilhas sobre temas diferentes tais como, ajuda mútua, sistematização das experiências de recuperação e defesa dos direitos. Nesse campo, um impressionante exemplo desse tipo de literatura é o conjunto de mais de uma centena de cartilhas produzidos pela organização britânica MIND ⁽²⁰⁾, indubitavelmente, a ONG mais importante no país neste campo.

Preparação de outras lideranças: faz-se necessário ter lideranças coringa, capazes de substituir a pessoa que exercia algum papel essencial. Para tanto é preciso uma coletividade solidária e que possibilite um rodízio de funções. A construção de novas lideranças para Staples citado por Vasconcelos (2003: 301) seria:

envolver os usuários direta e centralmente em todos os processos de avaliação de necessidades e de recursos; incluir plenamente os usuários no

²⁰ Para uma vista geral da organização e suas publicações, ver o site na Internet: www.mind.org.uk

planejamento e na implementação do programa; nomear uma maioria de usuários para todos os conselhos consultivos e de direção do programa. Onde possível, indicar membros representativos de grupos organizados; incorporar ajuda mútua nos programas quando possível; desenvolver habilidades programáticas para defesa dos direitos – especialmente de auto-defesa pelos usuários; dar aos usuários um papel central quando contratando recursos humanos temporários e para iniciativas de avaliação; recrutar e capacitar ativamente usuários correntes e ex-usuários para tornarem-se membros do quadro de pessoal onde possível e apropriado; desenvolver estruturas formais e processos para os usuários monitorarem e avaliarem os serviços .

Termos legais: as associações, para terem seu registro jurídico e seu reconhecimento legal, necessitam de um estatuto. Recomendável que neste documento estejam previstas as situações de crise e qual o procedimento a ser seguido.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é tempo de partido, tempo de homens partidos.

Em vão percorremos volumes, viajamos e nos colorimos. A hora pressentida esmigalha-se em pó na rua. Os homens pedem carne. Fogo. Sapatos. As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei. Meu nome é tumulto, e escreve-se na pedra. (...)

Carlos Drummond de Andrade

Enquanto acadêmico do curso de graduação em enfermagem, cursando a disciplina enfermagem psiquiátrica foi que me deparei, pela primeira vez, com a instituição psiquiátrica. Desde aquele momento me acompanha a preocupação, melhor dito, a indignação frente às condições nas quais vivem as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Com isto inspirei-me numa característica apontada por Frei Beto e Leonardo Boff: Ser militante é se engajar; deixar de lado alguns prazeres da vida, tirar tempo de seu lazer e de sono, para aprofundar questões, se organizar e lutar pelos seus direitos e quiçá, o que é mais difícil, pelos direitos dos outros... é agir para a transformação social, mesmo que seja um sonho, sonho impossível.

A minha trajetória profissional, embora temporalmente pequena ofertou vivências marcantes no cuidado a pessoas diagnosticadas como sendo portadoras de transtorno mental. Nesta curta caminhada o que posso afirmar é que me dediquei com afinco fazendo uso de todo o conhecimento que até então adquiri. No entanto, frente às situações concretas de prestação de cuidados percebi que o conteúdo da minha “caixa de ferramentas” não era suficiente para lidar com as situações com as quais me deparava.

O conhecimento adquirido e sua aplicação não geravam as respostas esperadas. Talvez não tenha aprendido tudo o que me foi oportunizado ou mesmo não o tenha aplicado corretamente, mas é fato a minha insatisfação com o resultado de minhas ações.

Outro aspecto diz respeito aos caminhos da aplicação do constructo teórico da Reforma Psiquiátrica. Vivenciando a assistência prestada num CAPS pude perceber as inúmeras dificuldades enfrentadas, tanto na maneira de fazer quanto nos meios necessários. Os Centros de Atenção Psicossocial surgem como alternativa ou substituição ao modelo Manicomial/Asilar comprovadamente anti: antiterapêutico, antiético, anti-humano, anti-social, e que encontra enormes dificuldades para se estabelecer e responder minimamente às demandas que a ele chegam. Podemos resumí-las a seguinte expressão: falta de vontade política.

Isto fica visível quando se trabalha num CAPS e se verificam as carências de toda ordem: financeira, material, humana, preparo dos profissionais, concepção de pessoa, cidadania, igualdade, dentre outras.

A assistência prestada fica quase que restrita ao controle de sintomas realizado dentro do “figurino” das ações codificadas de cada profissão sem um alargamento dessas, sem ir mais adiante, ousar, correr um pouco de riscos, romper com os limites pré-estabelecidos das responsabilidades profissionais e “que a profissionalidade se explique menos em termos de competência técnica especialista e codificada e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção” (ROTELLI, 1990: 45). O cuidar tendo como sentido o de ocupar-se da pessoa, aqui e agora, de tal forma que possibilite a transformação de sua vida concreta e cotidiana é praticada de maneira muito acanhada. Isto me levou a refletir tendo como resultado a realização deste estudo por compreender que as relações de poder entre instituição e os sujeitos são um nó que precisa ser desatado para que outras mudanças ocorram.

Assumindo a premissa de que “somos iguais entre nós somente porque somos diferentes uns dos outros somos” (TOURAINÉ, 1998:72) enveredei pelo caminho da formação política acreditando ser este uma possibilidade de desatar o nó e, com isto, propiciar aos que dela participaram uma ferramenta para as lides do seu dia a dia. Trazendo a questão política, a democracia para o conjunto da vida social abrindo espaço para que as demandas sociais e culturais concretas sejam colocadas na mesa de negociação é possível contribuir para que os envolvidos nesta negociação sejam reconhecidos como atores sociais e mais – Grupos Sociais de Pressão.

A construção de uma proposta de formação política baseia-se principalmente na clareza que o conceito deste processo tem para o grupo envolvido e de que forma este faz sentido na vida dos participantes. Porém, a condição básica para se pensar na formulação, desenvolvimento e aplicabilidade do processo é seu ou seus objetivos. Por exemplo: se pensarmos na militância como objetivo, a formação seria: qualificação da prática cotidiana ou motivador para a militância?

Ao se refletir sobre os fatores geradores para a inicialização de um processo de formação política temos percebido que seriam: incentivo através das amizades que já vivenciaram esta experiência ou que conseguem enxergar o devido valor; necessidade sentida a partir das condições de vida para poder ser esta prática uma alternativa para aumentar seu nível de consciência crítica para superação destas condições; quando houver incentivo financeiro para se realizar processos de formação política, pois os usuários que não têm renda teriam na formação um estímulo para tal.

Observamos em nossa prática de formação política que um dos seus objetivos, é oportunizar aos loucos medidas para solucionarem nós górdios de suas próprias vidas.

Segundo Damke (1995), através da conscientização o ser humano fixa objetivos e determina ações para efetivá-las. Assim, é nisto que reside a principal função da Formação Política, a função conscientizadora.

Cientes da contribuição que a formação política possa enredar no campo da saúde mental, e vista dentro da perspectiva do *empowerment* podemos assim dizer: Formação Política é uma prática reflexiva que busca desenvolver a consciência crítica por parte do usuário ou cidadão para objetivos a serem desenvolvidos de acordo com sua necessidade ético-político e existencial.

Sou favorável a uma estratégia de confronto, de conflito; se não fizermos confronto, conflito, não vamos avançar nem mudar nada. Uma das piores vertentes da tradição brasileira é o horror ao conflito, a busca do consenso, a valorização do consenso, que gerou um tipo humano especial, que é chamado de “homem cordial brasileiro”. Essa idéia de consenso, de mascarar o conflito, só serve à conservação das coisas como estão.

David Capistrano Filho

9. REFERÊNCIAS

- AGRA, Cândido M. M. “**Droga: Dispositivo Crítico para um Novo Paradigma**”, Artigo disponível em internet. www.malhatlantica.pt/ecae-cm/Droga.htm. Acessado em 19/11/05.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.
- AMARAL, Vera. **Artigo sobre Reforma psiquiátrica apresentado a revista psicopatologia**. 1999. www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/reforma.htm Acesso em 8/12/2001
- AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 45-65.
- AREJANO, Ceres Braga. **Reforma Psiquiátrica: Uma analítica das relações de poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental**. Tese de Doutorado apresentada ao curso de doutorado em enfermagem do programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC-Florianópolis, agosto de 2002.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA – SUS – **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: v. I. Ed. Atheneu, 2004.
- BARROS, D. Denise. **Itinerários da Loucura em Territórios Dogon**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada – Relato de um hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BEZERRA Jr, B. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**, in B Bezerra Jr e P Amarante, **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992.
- BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade: por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- BÓGUS, Cláudia Maria. **Participação Popular em Saúde: formação Política e desenvolvimento**. São Paulo: Editora Annablume: FAPESP, 1998.

BORDENAVE, Juan Dias. In: BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos para o SUS. Capacitação Pedagógica – Área de Saúde. Reimpressão da 1 ed. Brasília: MS, 1994, 60p.

BORDENAVE, Juan Dias, PEREIRA, Adir Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Lutar com a Palavra: escritos sobre o trabalho do educador**. Rio de Janeiro: ed. Graal, 1982.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitutivo promulgado em 5 de Outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n°s 1/92 a 39/2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n°s 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004/Ministério da Saúde**, 5 ed. Ampl. – Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a, 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2005b, 134 p.

BRAVO, MIS et al (org) - **Capacitação de conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ / DEPEXT / NAP, 2001.

CAPELLA, Beatriz. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. 5. ed São Paulo: Cultrix, 1988

CIRIGLIANO, Gustavo F. J. Por uma pedagogia do excluído: reflexões de um velho professor. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 93-95.

COELHO, Maria Selo. **Educação em saúde: visualizando o autocuidado e a prevenção da complicação do “pé diabético”**. Projeto apresentado a disciplina Projetos Assistenciais de enfermagem e de Saúde, sob orientação da Profª Drª Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Florianópolis, Abril de 2003.

CORREIA, Maria V. Costa. Que Controle Social na Política de Assistência Social?. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 72, p. 119-144. nov. 2002.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. in: AMARANTE, P. D. C. (org). **Ensaio, subjetividades, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DALLARI, D. de A. **O que é participação política**. São Paulo: Abril Cultural, 1984 (Coleção Primeiros Passos: 2)

DAMKE, Ilda Righi. **O processo do conhecimento na pedagogia da libertação: as idéias de Freire, Fiori e Dussel**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1986.

ESTIMA, Sonara Lúci. **O processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadoras de enfermagem**. Dissertação. (Mestrado em assistência de enfermagem) Florianópolis/ S.C.. UFSC, 2000.

FORSTER. Mari M. S (org). Ordens e desordens no cotidiano escolar: evidências e/ou problematizações. Artigo publicado no **fórum Paulo Freire** disponível em internet, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10 ed. São Paulo: Graaal, 1992.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1987.

FREIRE, P; NOGUEIRA, A. **Teoria e prática em educação popular**. 4 ed. Rio de Janeiro: ed. Petrópolis, 1993.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da Liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1996.

FREIRE, P. **Política e Educação**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000a.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000b.

FREIRE, Ana Maria Araújo. A pedagogia do oprimido de Paulo Freire. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 25-31.

FUOSS, Simone. Perspectivas da libertação? Da possibilidade de conexão da educação para a libertação nos dias de hoje. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 251-268.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire: Brasília, DF; UNESCO, 1996.

GALEANO, E. As veias abertas de Eduardo Galeano. **Revista Fórum: outro mundo em debate**. Editora Publisher, 2000, V. 1 ano 1, p. 4-7.

GANDIN, Danilo. **Planejamento: como prática educativa**. São Paulo: ed. Loyola, 1999.

GONZAGA, A. Â.. **Manual Popular em Saúde: do permitido da doença às ações coletivas e dialógicas em saúde**. Florianópolis, 1994. Dissertação de Mestrado-Pós-Graduação de Enfermagem. UFSC, 1994.

HORR, L. SOUZA, M de L. S.; COELHO, E.B.S.; REIBNITZ, K.S. Construindo o Arco da Problematização. In: **Educação, trabalho e enfermagem**. V.3. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SBP, 2000, p. 124-137.

IASI, Mauro L. **Processo de Consciência**. São Paulo: CPV, 1999.

KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade e Reabilitação. In: Pitta, Ana. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

KUJAWSKI, Gilberto de Mello. **Ortega y Gasset: a aventura da razão**. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1994. 143p.

LOBOSQUE, A. Marta. **Debate-Formação**. Texto concedido ao curso de especialização em Atenção Psicossocial realizado pela Universidade Estadual de Santa Catarina em 2003.

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

LOBOSQUE, A. Marta. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: ed. Garamond, 2003.

MCLAREN, Peter. Uma pedagogia da possibilidade: reflexões sobre a política educacional de Paulo Freire, *In memoriam Paulo Freire*. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 179-196.

MELO, W. Reforma psiquiátrica e movimento social. BAPTISTA, Luiz Antônio e MELO, Walter (Organizadores). **Dialética dos Movimentos Sociais no Brasil: Por que Reforma Psiquiátrica?** Rio de Janeiro: EncanArte Editora, 2004. Pg. 57-63.

MERGNER, Gottfried. Paulo Freire: algumas idéias sobre a razão na solidariedade. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 81-91.

MINAYO, M. C. S. Et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA), 2004. **Relatório Final do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial – Luta Antimanicomial 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde Vamos?**, 17 a 21 de Outubro de 2001, Miguel Pereira/RJ.

MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Atendendo à demanda: proposta de um modelo de sistematização de intervenção psicológica junto a postos de saúde comunitários**. Tese (Doutorado em psicologia clínica), Vol I. São Paulo: PUC, 2000.

NAUJORKS, Carlos J. **Movimentos Sociais e Formação Política: Entre a Identidade e a Ação Estratégica – Uma análise a partir do Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente em Santa Catarina.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em sociologia Política do Departamento de Ciências sociais, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

OLIVEIRA, Ivanilde A. A experiência educativa popular freireana do Proalto. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire.** São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 119-125.

OLIVEIRA, Edmar. Qual o impacto dos Movimentos Sociais na realidade Brasileira? FERREIRA, Gina; BAPTISTA, Luiz Antônio e MELO, Walter (Organizadores). **Dialética dos Movimentos Sociais no Brasil: Por que Reforma Psiquiátrica?** Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2004. Pg. 157-160.

PENIDO, Cláudia Maria F., A Clínica e a Formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 91-112.

PEREIRA, F. M. A participação dos usuários. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p.72-83.

RADIS. **Poder do Cidadão. Revista Comunicação em Saúde.** Editora Fiocruz, nº 38, Outubro de 2005.

RELATÓRIO final da **III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de Dezembro de 2001.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do saber.** São Paulo: Carez, 1986.

RODRIGUES, Jeferson. **Associação dos usuários do NAPS-Ponta do Coral: desvelando sua significação.** 2004. 59f. Monografia (Especialização em Atenção Psicossocial) Curso de Especialização em Atenção Psicossocial, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ROTELLI, F. Desinsitucionalização. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCARCELLI, Ianni R.. **O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência de São Paulo 1989 – 1992**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 1998.

SILVA, Ana C. S. Silveira da. **Reformando a vida: o desafio na inserção social e na construção da cidadania de usuários de saúde mental**. Dissertação de Mestrado apresentada a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000a.

SILVA, Tomaz T. **Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 2º edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000b.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos**. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública, RJ, em 2003.

SOUZA, W. S., **Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, W.da S.. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4. p. 933-939, jul./ago. 2001.

SOUZA, M. E. **Os novos movimentos sociais: organização política de usuários em saúde mental rompendo preconceitos e expandindo a vida – outro segmentos da sociedade civil organizada**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

STEINBERG, Shirley R. Uma análise da pedagogia do oprimido. FREIRE, Ana Maria Araújo (org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: editora UNESP, 2001. p. 269-276.

TEIXEIRA, E. C.. O papel Político das associações. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 72, p. 71-90. nov. 2002.

TOURAINÉ, A. **Igualdade e Diversidade**. O sujeito democrático. São Paulo: EDUSC, 1998.

TUMOLO, P. S. **Da contestação à conformação: a formação sindical da CUT e a reestruturação capitalista**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, EM. **Militância político-institucional, Defesa de Direitos e Suporte Mútuo em Saúde Mental**. (mimeo), 1999a.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular e saúde e o SUS: encantos, desencantos e resistência. Educação Popular e Saúde. **Relatos de um Encontro em Santa Catarina. Anais I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde**. Florianópolis. 1999b. Ed. UFSC.

VASCONCELOS, E M . **Transversões - Saúde Mental, Deinstitutionalização e Abordagens Psicossociais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 1999c. 260 p.

VASCONCELOS, E M. “Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários”, in: VASCONCELOS, E. M. (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000a.

VASCONCELOS, E M. “Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários”, in: AMARANTE, P. D. C. (org). **Ensaio, subjetividades, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2000b.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Tipologia e desafios dos movimentos sociais e dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ, Projeto Transversões, versão provisória não publicada, 2004.

VASCONCELOS, E M (Org.); WEINGARTEN, R. (Org.); LEME, C. C. C. P. (Org.); NOVAES, P. R. (Org.). **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental.** Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2005. 246 p.

VASQUEZ, Adolfo Sanches. **Ética.** 23 ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 157-184.

APÊNDICES

Apêndice I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, residente e domiciliado a Rua/Av _____, CEP _____, Cidade _____, Estado _____, RG _____, **DECLARO** para os devidos fins que fui informado(a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos do trabalho “Formação Política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental”. Sei que o mesmo está sendo conduzido pelo mestrando Enfermeiro Jeferson Rodrigues, sob a orientação do professor Dr. Jonas S. Spricigo e Co-orientador Dr. Eduardo M. Vasconcelos. Tenho clareza de que tal trabalho servirá de subsídios para a elaboração da Dissertação de Mestrado. Sei que minha participação neste estudo será como informante, que posso desistir de participar a qualquer momento dessa pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para mim. Informo ainda, que tenho ciência de que será respeitado a condição de anonimato e sigilo por parte do pesquisador preservando minha identidade pessoal. Dessa forma, declaro que autorizo o pesquisador a gravar as entrevistas que realizar comigo e relatar em diário de campo suas observações, bem como utilizar esses dados para realização de seu estudo, além de poder divulgá-los em trabalhos acadêmicos e no meio científico. Tenho clareza que, caso me interesse, terei livre acesso aos resultados da pesquisa, entrando em contato com o enfermeiro mestrando Jeferson Rodrigues pelos telefones: (48) 269 6127; (48) 269 6414; (48) 91018478) e-mail: lancelot.rodrigues@ig.com.br - ou pelo endereço residencial: Rua Geral ingleses, N 2240, SC 403, Km 03 – Bairro Vargem do Bom Jesus CEP: 88058 600 – Florianópolis – SC. Diante de tudo disso eu declaro que concordo em participar desse estudo.

Entrevistado (s): _____

Mestrando: _____

Florianópolis, _____

Apêndice II

META...A gente busca

CAMINHO...A gente acha

DESAFIO...A gente enfrenta

VIDA...A gente inventa

SAUDADE...A gente mata

SONHO...A gente realiza.

Autor desconhecido.

Apêndice III

Legislação em saúde mental

Por que ou quais as causas que provocaram a ocorrência do problema?
Desconhecimento? Falta de motivação para conhecer? Hábito de não ler?

Para que saber a legislação em saúde mental? O que significa para a minha vida?

O que sabemos sobre este tema – legislação em saúde mental? Quais são as informações que precisamos ter para complementar uma resposta mais profunda?

Quais as legislações que precisam ser conhecidas no campo da saúde mental?

Como resolver o problema em relação à legislação em saúde mental?

Como faremos para superar isto na prática com ações práticas?

ANEXOS

Anexo I

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

Produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos/SP, em Dezembro de 1993

SANTOS, DEZEMBRO DE 1993

I. DIREITOS GERAIS NA SOCIEDADE

- A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política;
- A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania;
- Todo usuário tem direito à liberdade, à dignidade e a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis, políticos e sociais como qualquer cidadão;
- Não haverá discriminação ou preconceito em relação ao usuário de serviços de saúde mental, inclusive no mercado de trabalho e em seus direitos trabalhistas e instituições sociais em geral;
- Todo usuário tem direito de expressão, de ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade ;
- Nenhum usuário pode ser submetido a exploração econômica , sexual , abuso físico e moral, ou comportamento degradante.

OBSERVAÇÃO:

Utilizamos a expressão usuário, assim como a expressão "técnicos" para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições apenas circunstanciais da comunidade dos serviços de saúde mental. Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade, com os chamados normais. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam umas às outras de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇOS COMPLEMENTARES

- A Assistência em saúde mental abrange não só a assistência psiquiátrica, mas também assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho, protegido ou não;
- A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, e o menos restrito possível, tais como: hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativa, grupos de trabalho e microempresas, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de auto-ajuda, oficinas abrigadas etc;
- Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal, capaz de assegurar a escuta e implementação dos direitos de cidadania de seus usuários;
- Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade que objetivem propor e construir ações que transformem a relação com a loucura na sociedade em geral, na legislação e na vivência, organização e fiscalização dos serviços;
- Os serviços de saúde mental devem se localizar o mais próximo possível da moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência;
- Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem estar físico, mental e emocional de Seus usuários, e as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional;
- Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental, bem como à medicação, sem com isso induzir à discriminação ou ao preconceito;
- As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços exclusivos de adultos, exigindo-se serviços especializados que garantam os direitos reconhecidos no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente;

- Os serviços de saúde mental devem ser gratuitos e preferencialmente públicos. Todos os serviços, e preferencialmente os de caráter privado e lucrativo conveniados, devem estar sob a supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

III- CARACTERÍSTICA DOS TRATAMENTOS EM SAÚDE MENTAL

- Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médica clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e que respeite a sua fragilidade e dignidade de pessoa humana;
- Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência pretensamente "terapêuticas":
 - Camisa de força,
 - Psicocirurgia,
 - Insulinoterapia,
 - Esterilização involuntária,
 - Cela forte,
 - ECT,
 - Amarrar,
- Superdosagem de medicamentos, do tipo DEPOT e "sossega leão".
- Sobre as formas de admissão qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de 48 horas ao Ministério Público e a um ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários;
- Todo usuário deverá ser informado, em linguagem de seu entendimento, das opções de serviços e tratamento, e a decisão final deverá contar com o consentimento do usuário e/ou pessoa de sua confiança;
- Todo programa de saúde mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência, de HIV positivo, etc.;

- Todo serviço de saúde mental deve oferecer orientação, suporte e/ou terapêutica para os familiares dos usuários, bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

IV - DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos serviços de saúde mental, bem como à orientação, educação sexual e acesso aos meios de contracepção;
- Todo usuário deve ter garantido o direito:
 - de acesso as informações contidas no prontuário,
 - de acesso aos meios de comunicação, tais como a TV, jornais, rádios e telefone,
 - ao sigilo e inviolabilidade de correspondência,
 - a privacidade e individualidade,
 - a participar das decisões nos serviços, nos conselhos populares, conferências e encontros de saúde,
 - a uma representação legal gratuita em caso de incapacidade civil,
 - ao acesso às informações dos direitos dos usuários e familiares.

V . REIVINDICAÇÕES - TEMAS DE LUTA E MOÇÕES

- Que seja encaminhada, aos poderes Legislativo e Judiciário, a proposta de considerar a aplicação do ECT como crime Inafiançável;
- Que a "Carta de Direitos dos Usuários" seja publicada nos principais jornais privados e Oficiais, que seja afixada em lugar visível em todos os serviços de saúde mental e seja difundida, em cartilha, entre os usuários de serviços;
- Encaminhar ao Congresso Nacional a proposta de emenda ao Código Civil, eliminando a expressão "loucos de todo gênero" e "incapazes para os atos da vida civil" (artigo 5º do Código Civil em vigor), e que sejam amplamente discutidas e revisadas as categorias de periculosidade e inimputabilidade atribuídas ao portador de transtorno mental no Código Penal em vigor;
- Promover programas de orientação aos policiais, corpo de bombeiros e outros técnicos que prestam serviços sociais em relação aos cuidados especiais e direitos do portador de transtorno mental em crise;

- Que a coordenação do movimento e a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica façam uma campanha na mídia, a nível nacional, para esclarecimento da população sobre o que vem a ser saúde mental, e não doença mental;
- Que se tomem medidas contra a discriminação do usuário com relação a empregos e vida pública. Sugerir ao governo que se facilite apoio ao usuário através de abertura do campo de trabalho, por exemplo, através de leis que estabeleçam que firmas com mais de 100 empregados tenham de oferecer vagas, numa proporção ainda a ser definida, para usuários dos serviços de saúde mental, que esta mesma medida se estenda ao poder público de maneira geral e também, de forma específica, aos equipamentos de saúde mental, tais como Centros de convivência, cooperativas, Hospitais-dia, lares abrigados, etc. Que haja incentivos fiscais para as firmas que contratarem usuários e para aquelas que colaborem em programas de reabilitação e treinamento de usuários para o mercado de trabalho;
- Que a fala em qualquer encontro da luta antimanicomial seja simplificada para entendimento de todo usuário;
- Que o movimento procure sensibilizar os candidatos a cargos políticos a integrarem em suas plataformas os objetivos da luta antimanicomial;
- Que em todos os municípios sejam implantados, na prática, os conselhos municipais e distritais de saúde, bem como os conselhos municipais da pessoa deficiente, com inclusão dos representantes dos movimentos de saúde mental nesses conselhos;
- Que sejam denunciados os municípios que não cumprirem a legislação do Sistema Único de Saúde;
- Que os municípios e serviços de saúde mental invistam na formação e treinamento dos trabalhadores de saúde mental, com ênfase na abordagem dos objetivos da luta antimanicomial;
- Estimular a criação e o desenvolvimento das organizações não governamentais especializadas em questões jurídicas para defender a cidadania dos portadores de transtorno mental;
- Estabelecer uma instância de revisão obrigatória para todos os casos de interdição civil, com a participação de todos os seguimentos da sociedade civil. Que essas instâncias criadas contemplem também os caos das pessoas com sofrimento psíquico presas em medida de segurança;

- Exigir do Estado uma atenção integral e um programa de ressocialização específica para aquele usuário de longa permanência nos asilos;
 - Exigir do judiciário uma revisão das políticas de manicômios judiciários com o desenvolvimento de programas alternativos;
 - Exigir que ensaios clínicos e experimentais em saúde mental não sejam aplicados sem o consentimento informado dos usuários;
 - Que as leis existentes e as em tramitação sejam revistas, considerando as propostas aprovadas e as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro, 1992) e do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador, e basear-se na Carta dos Direitos dos Usuários, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, realizado em Santos;
 - Que se incentive o desenvolvimento de associações populares e organizações não-governamentais na prestação de serviços alternativos e inovadores em saúde mental, com amplo suporte técnico e financeiro dos governos e do Sistema Único de Saúde;
 - Que se encaminhe uma revisão e ampliação da discussão do projeto de lei estadual de Política de Saúde Mental, em discussão na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, tendo como base a "Carta de Direitos dos Usuários e Familiares";
 - Que seja criado pelo poder público um sistema especial de atendimento aberto aos portadores de transtorno mental que vivem nas ruas das cidades em nosso país.
1. Esta plenária manifesta o Seu repúdio a política deliberada da destruição da rede de serviços alternativos em saúde mental pela atual Prefeitura de São Paulo;
 2. Esta plenária expressa o seu repúdio ao projeto de lei da deputada Laura Carneiro, do Rio de Janeiro, que delibera o recolhimento da população de rua em uma instituição de saúde mental privada;
 3. Esta plenária manifesta seu repúdio ao corte da Supervisão Institucional dos Trabalhadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
 4. O III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares de Saúde Mental vem exigir que seja aprovado imediatamente o projeto de lei 366/92 de Reforma Psiquiátrica do Estado de São Paulo, de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia e outros, que se encontra em tramitação na Assembléia Legislativa de São Paulo.

Anexo II

Carta de proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental, da Organização das Nações Unidas, de 17 de Dezembro de 1991.

A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental

A ASSEMBLÉIA GERAL

Ciente dos dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.

Recordando sua resolução 33/53 de 14/dezembro/1978, na qual SE requeria à Comissão dos Direitos Humanos que as subcomissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção das pessoas internadas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes.

Recordando também sua resolução 45/92 de 14/dezembro/1990, na qual S.S. saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para melhoria da assistência à saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias.

Anotando a resolução 1991/46 de 5/março/1991,69/da Comissão de Direitos Humanos, na qual se endossava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho e decidia encaminhá-lo, bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social.

Anotando também a resolução 1991/29 de 31/maio/1991, do Conselho Econômico e Social, em que se decidia submeter o projeto de corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho à Assembléia Geral.

Assumindo as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/ 46 e do Conselho Econômico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo deveria ser divulgado de modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo como um documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

Assumindo também a nota da Secretária Geral, 100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo.

1. Adota os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo a presente resolução:

2. Requisita à Secretária Geral que incluía o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de "Direitos Humanos- Uma Compilação de Instrumentos Internacionais":

3. Requisita à Secretária Geral que dê a maior divulgação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou outro representante qualificado;

"Autoridade independente" significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional:

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento de saúde que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

"Profissional de saúde mental" significa um médico, psicólogo, clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência à saúde mental:

"Usuário" significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer

direitos específicos em seu nome, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá estar sujeito apenas às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1. Todas as pessoas tem direito à melhor assistência disponível a saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

2. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

3. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental. "Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários a proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/e por outros instrumentos relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflitos de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, para a proteção dos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

1. A determinação de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.

2. A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.

5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, tora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordos com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.
2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência ou á de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.
3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.
2. Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

TRATAMENTO

1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.
2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos,

como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo/15 do Princípio/li, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.

2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizada pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

[...]

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos /12,13,14, e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado pôr lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário as esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.

11. Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo

estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir danos imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de um transtorno mental.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psico-cirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizadas em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos especificados nos parágrafos 16,7,8,13,14, e /15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal , ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma

autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2. Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3. O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE MENTAL

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

- (a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
- (b) Privacidade;
- (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar ou receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;
- (d) Liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

- (a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;
- (b) Instalações educacionais;
- (c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;
- (d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de trabalho na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição

4. O trabalho dos usuários em estabelecimento de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:

- (a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;
- (b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;
- (c) Assistência profissional adequada; e
- (d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3. Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para a sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio /16, devendo-se informar este direito ao usuário.

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a) /ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou (b)I tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio14, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:

(a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros;

(b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo Ib, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designada para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo/2 do Princípio /16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo do Princípio/16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. Próprio usuário terá ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental.

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave a sua saúde ou por em risco a segurança de outros.

Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte do documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5. O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário que deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, a sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário, de-verão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao seu representante pessoal e ao seu advogado, Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2. Essas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio /1. Esses Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo /5 do Princípio /1.

3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias ser consistente com o Princípio/11.

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação desses Princípios, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos do usuário.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os estados devem implementar estes Princípios por meios de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.

2. Os estados devem tomar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente

Anexo III

Legislações em Saúde Mental

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

Portaria nº 251/GM, Em 31 de janeiro de 2002.

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Portaria n.º 2391/GM de 26 de dezembro de 2002.

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000. Legislação sobre serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental

Anexo IV

Legislações sobre controle social

Lei nº 8080 - De 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Lei nº 8142 - De 28 de dezembro de 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - Conferência de Saúde; e

II - Conselho de Saúde.

Lei nº 8742 - De 7 de dezembro de 1993

Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Portaria/GM nº 799 - De 19 de julho de 2000

Art. 1.º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

Parágrafo único. O Programa de que trata este Artigo deverá contemplar as seguintes atividades:

- a. avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental;
- b. supervisão e avaliação, "in loco", dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País;
- c. análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental;
- d. elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população.