

(Con) viver com a loucura: por um cuidado extramuros

(Co) existing with the madness: for a care outside the walls

(Con) vivir con la locura: Por un cuidado extramuros

Raquel Ferreira Pacheco

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil

Celso Renato Silva

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

O presente texto pretende refletir sobre o dispositivo do Centro de Convivência como uma ferramenta de empoderamento, de auxílio na construção de maior autonomia e promoção da cidadania da pessoa em sofrimento mental. Procura-se pensar a contribuição desse serviço para a efetivação da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, auxiliando na inserção social do louco, a partir do fomento de atividades laborativas e artísticas e da articulação com diversos setores da sociedade. Assim, por meio da revisão de literatura de legislações sobre o tema, artigos científicos e textos de Conferências e Fóruns da Saúde Mental, busca-se analisar os desafios postos a esse serviço da Rede de Atenção Psicossocial frente a discursos e práticas homogeneizantes em nossa sociedade. Desse modo, verifica-se que, mesmo após grandes avanços da luta antimanicomial para a sensibilização da sociedade sobre a loucura, ainda persiste um imaginário social intolerante à diferença, ao louco.

Palavras-chave: saúde mental; centro de convivência; cidadania.

Abstract

The present article intends to reflect how the health mechanism of the Center of Coexistence can be a tool of empowerment, of help in the construction of greater autonomy and promotion of citizenship of the people in mental suffering. It is sought to think about the contribution of this service to the effectiveness at the socio-cultural dimension of the Brazilian Psychiatric Reform, contributing to the social insertion of the people in mental suffering, through the promotion of work and artistic activities and the articulation with various sectors of society. Thus, through the literature review of scientific articles and texts of Mental Health Conferences and Forums we seek to analyze the challenges imposed to this service of Primary Health Care, which works as an open and community space, face to speeches and practices homogenizers in our society. In this way, it is verified that even after great advances of the antimanicomial fight for the awareness of the society on the madness, still persists a social imaginary which is intolerant to the difference, to the madman.

Keywords: health mental; coexistence center; citizenship.

Resumen

El presente trabajo se propone reflexionar sobre el dispositivo del Centro de Convivencia como una herramienta de empoderamiento, de ayuda en la construcción de mayor autonomía y promoción de la ciudadanía de la persona en sufrimiento mental. Así, se busca pensar la contribución de ese servicio para la efectividad de la dimensión sociocultural de la Reforma Psiquiátrica brasileña, ayudando en la inserción social del loco, a partir del fomento de actividades laborativas y artísticas y de la articulación con diversos sectores de la sociedad. Por lo tanto, por medio de la revisión de literatura de legislaciones sobre el tema, artículos científicos y textos de Conferencias y Foros de la Salud Mental, se busca analizar los desafíos puestos a ese servicio de la Red de Atención Psicosocial frente a discursos y prácticas homogeneizantes en nuestra sociedad. De ese modo, se verifica que, incluso después de grandes avances de la lucha antimanicomial para la sensibilización de la sociedad sobre la locura, todavía persiste un imaginario social intolerante a la diferencia, al loco.

Palabras clave: salud mental; centro de convivencia; ciudadanía.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem como um de seus pilares a cidadania da pessoa em sofrimento mental, pensando-se esse processo não apenas como uma mudança de configuração dos serviços de saúde, mas como construção de outro olhar sobre o louco, de uma nova ética de cuidado.

Amarante (2007) organiza esse complexo processo social da Reforma em quatro dimensões que se entrelaçam e se complementam. Aqui, trataremos essencialmente da dimensão sociocultural, a partir de reflexões sobre o potencial do dispositivo do Centro de Convivência para o cuidado da pessoa em sofrimento mental na Atenção Básica em Saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tomando como referência a rede de Belo Horizonte, que iniciou a implantação de sua rede de serviços abertos, territoriais e substitutivos ao modelo asilar em 1993.

A metodologia adotada é uma revisão narrativa da literatura realizada a partir da leitura de legislações sobre a

organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RAPS, além de artigos científicos e materiais de Conferências e Fóruns das Redes de Saúde Mental.

A partir dessas leituras, busca-se pensar a significação do Centro de Convivência para os usuários, para as suas histórias de vida e o modo como as atividades desenvolvidas por meio desse dispositivo promovem a ampliação das possibilidades de pertencimento à cidade para esses cidadãos apartados do espaço social.

Pensando-se sobre a segregação da pessoa em sofrimento mental, temos esta reflexão de Lobosque (1997): “fazer caber’ o louco na cultura é também, ao mesmo tempo, convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites” (p. 23). O desafio que está posto então é o de incluir o sofrimento mental no discurso social para que se possa sensibilizar a sociedade e combater os estigmas de doente e de incapaz que ainda incidem sobre a pessoa em sofrimento mental.

O Centro de Convivência e a Política Antimanicomial

Ao debatermos aspectos históricos da Política de Saúde Mental, retomamos os movimentos sociais e profissionais da saúde anteriores à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), denominada Constituição Cidadã. Tal reformulação traz características tanto do surgimento da luta antimanicomial, quanto do seu desenvolvimento, que coincidem com eventos históricos acontecidos em nosso país que alteraram radicalmente a forma de nos relacionarmos com a loucura.

Após o golpe militar em 1964, por meio de reformas do governo, ampliou-se a cobertura dos serviços de saúde e incluíram-se os trabalhadores rurais na Previdência Social, mas impulsionou-se também um sistema de saúde predominantemente privado. O governo possibilitou ainda a construção de hospitais privados e ofereceu descontos fiscais para empresas que oferecessem assistência médica,

ampliando o crescimento dos planos de saúde privados. Essas medidas geraram uma crise do financiamento da Previdência Social, que, junto à recessão econômica dos anos 1980, desencadeou o movimento pela reforma no setor de saúde brasileiro.

Anteriormente à CF/88, a saúde não era pensada como um direito em nosso país e o nosso Ministério da Saúde era subordinado à Previdência Social. Durante o período do governo de Geisel, em plena Ditadura, floresceram movimentos sociais que possibilitaram o desenrolar de nosso movimento de Reforma Sanitária, como esclarece Escorel (1999):

A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde, o movimento sanitário, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores. (Escorel, 1999, p. 63).

Esse amplo movimento social pela reforma, composto pela classe média, sindicatos, partidos de esquerda e outros, defendia “a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a

ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.” (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011, p. 18).

Assim, as décadas de 1970 e 1980 foram muito importantes para a consolidação do movimento sanitário, pois, em 1976, foram criados o Centro Brasileiro de Estudos sobre a Saúde (CEBES); em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e, em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, importante por aprovar o conceito da saúde como um direito do cidadão e delinear os fundamentos do SUS, que seriam estabelecidos na CF/88 (Ministério da Saúde, 1986).

Segundo Paim (2015), em sua vídeo-aula “Reforma Sanitária: trajetórias e rumos do SUS”, o termo “reforma sanitária” que utilizamos é inspirado na reforma sanitária italiana, que se configurou de outro modo, com a articulação da classe trabalhadora e grupos de intelectuais durante cerca de

30 anos. Já a Reforma Sanitária Brasileira não se tratou de um movimento apenas setorial, visando a melhorias no sistema de serviços de saúde; tratou-se de uma reforma social impulsionada por movimentos sociais. Paim (2015) ainda nos diz na vídeo-aula que “tratava-se de um movimento que refletia sobre as condições de saúde, de vida e as determinações ambientais, sociais e culturais que influenciam na qualidade de vida da população”.

Após estabelecer-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado no texto constitucional de 1988, promulgou-se a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis nº 8.080 (1990) e nº 8.142 (1990), que passaram a estruturar a regulação do Sistema Único de Saúde com oito princípios fundamentais, dos quais se destacam: a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a igualdade da assistência à saúde e a participação da comunidade.

Seguindo esse percurso histórico, nos anos 1970 também estava em curso a Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada pela reforma psiquiátrica italiana comandada pelo

psiquiatra Franco Basaglia. Foi um processo longo e complexo, oriundo de um movimento social e que culminou com a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, que orienta a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. A luta antimanicomial em nosso país visa não apenas transformar o modelo assistencial da saúde mental, mas também almeja uma modificação do lugar social que a loucura e a diferença ocupam em nossa sociedade, já que, como nos aponta Rotelli (1990), a psiquiatria clássica, ao considerar a loucura como doença, como uma incapacidade civil, desprovida da razão, reserva para o louco o lugar da exclusão, um “lugar zero de trocas sociais”, que, em sua máxima expressão, é o lugar do manicômio, da segregação social.

Assim, ao longo de todos esses anos da luta antimanicomial brasileira, criaram-se e ampliaram-se os dispositivos substitutivos ao modelo hospitalar de atendimento em saúde mental, como afirma Pitta (2011):

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de

Reabilitação Psicossocial “De volta para casa”, expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. Paralelamente se solidifica um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país. (Pitta, 2011, p. 4580)

No caso da cidade de Belo Horizonte, por exemplo, até o início da década de 1990, a cidade possuía mais de 2 mil leitos psiquiátricos, sendo a maioria para longa permanência. No entanto, na cidade também havia um cenário de forças democrático-populares que possibilitaram condições para que se começasse a construção do SUS e, em 1993, fosse implantado um novo modelo de atenção visando à desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Assim, configurou-se uma Política de Saúde Mental consistente e contextualizada dentro dos princípios e das diretrizes do incipiente Sistema Único de Saúde.

No Brasil, atualmente, tem-se a rede de Saúde Mental composta por diversos serviços: os CAPS (CAPS I, II, III, Álcool e Drogas e Infanto-juvenil); as ações de saúde mental na atenção básica; os ambulatórios – reorganização e qualificação; os leitos de atenção integral (CAPS III, hospitais gerais e emergências gerais); as residências e o Programa de Volta para Casa; as experiências de geração de renda e as articulações intersetoriais. Além dessas ações, há os Centros de Convivência, também denominados como Centros de Convivência e Cultura em alguns locais, concentrados especialmente na região sudeste do país, enquanto dispositivo assistencial da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, que foi selecionado para as reflexões que permeiam este trabalho.

O Ministério da Saúde (2012) informa, em seu relatório “Saúde Mental em Dados 11”, que a Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, havia sido publicada e que estabelecia diretrizes gerais de funcionamento dos Centros de Convivência. No entanto, no mesmo ano de 2005, essa Portaria foi revogada e não foi estabelecida nova norma

federal sobre a implantação, o financiamento e o funcionamento dos Centros de Convivência no país. Tal ausência de legislação fragiliza a manutenção e a expansão desse dispositivo essencial para as ações de cuidado em saúde mental.

Atualmente, os Centros de Convivência orientam-se a partir das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, por sua vez, foi instituída a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituindo a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Ministério da Saúde, 2011). No inciso III e no 4º parágrafo dessa Portaria, temos:

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos

para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. (Ministério da Saúde, 2011).

Esse dispositivo tem caráter intersetorial, articulando-se com os demais serviços da RAPS, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e mesmo com outras áreas, como serviços da Cultura, empreendendo, assim, um cuidado integral da pessoa em sofrimento mental. Os usuários são encaminhados da rede de saúde pública, em momento posterior à crise, essencialmente pelas unidades básicas de saúde e pelos centros de atenção psicossocial.

Assim, o Centro de Convivência pode ser entendido como um equipamento “concebido fundamentalmente no campo da cultura e não exclusivamente no campo da Saúde” (Ministério da Saúde, 2005, p. 41). Desse modo, ele pode corroborar para o estabelecimento de um novo local social para o louco, um lugar de sujeito de direitos, em que, a partir de uma ética de respeito à diferença, se

possa acolher a pessoa em sofrimento mental com suas potencialidades em “um lugar de reinvenção cotidiana de suas práticas e da descoberta de possibilidades de vida para cada um que aí chega.” (Novaes e cols., 2008, p. 164).

Refletindo-se sobre as possibilidades dos serviços substitutivos da Saúde Mental, nota-se que ainda há um longo caminho para que se alcancem os dois maiores desafios para uma Clínica Ampliada na Saúde Mental de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica: a *substitutividade* do hospital psiquiátrico e a *desinstitucionalização* dos cidadãos em sofrimento mental. Trata-se de um processo contínuo, sempre inacabado e em mutação, pois a nossa sociedade ainda percebe o louco como uma pessoa perigosa, desviante, que precisa ser privada do convívio social e, atualmente, temos visto um retorno de movimentos de intolerância diante da diferença em nosso país.

Desse modo, ainda que os serviços substitutivos se constituam de portas abertas, na prática, podem acabar por corroborar com a lógica da

segregação e da exclusão social do louco se não se articularem com os demais dispositivos da rede e com as comunidades em seu entorno. Assim, esses dispositivos devem trazer a população para conhecer suas atividades e propiciar formas do cidadão em sofrimento mental se inserir no meio social, o que se tem buscado por meio de cooperativas de trabalho, festivais artísticos, dentre outras iniciativas articuladas, essencialmente, pelos Centros de Convivência.

Sobre esse processo de desinstitucionalização e promoção da sociabilidade do louco, Rotelli (2001) citado por Castilho (2013) nos aponta que:

Dessa forma, a proposta no processo de desinstitucionalização é deslocar o olhar para a "existência sofrimento" em relação ao corpo social, retirando o indivíduo dos "parênteses" colocados pela psiquiatria. Se a equipe de saúde mental compreender como é o sofrimento do sujeito, será possível, então, trabalhar para ajudá-lo a reduzir esse sofrimento e ampliar suas possibilidades de vida. A finalidade desse processo é a invenção de saúde e a "reprodução social do paciente", buscando a sua autonomia, a produção de sentido e de sociabilidade. (Rotelli citado por Castilho, 2013, p.13)

Nesse sentido, o dispositivo do Centro de Convivência tem importante papel nesse processo, como um dos elementos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica da Saúde, pois, por não ser um local do cuidado especificamente clínico, estimula o reconhecimento de outras possibilidades de produção de vida, seja pela arte, pelo desenvolvimento de um labor ou pela descoberta de uma habilidade que propicie renda aos seus usuários, auxiliando-os na constituição de cooperativas de trabalho ou em sua inserção em empresas sociais. Essa articulação para além da rede de saúde é ressaltada no texto da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas: “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

A articulação em rede deve se estender progressivamente levando em consideração a realidade de cada sujeito em sofrimento psíquico, sempre

privilegiando a interação comunitária. Assim, acredita-se que é preciso pensar nos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial em sua relação com a comunidade, como é posto por Saraceno (2001):

A comunidade na qual se encontra o serviço é uma fonte inexaurível de recursos existentes e potenciais, tanto humanos quanto materiais. A comunidade é tudo aquilo que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação através de processos de negação (a comunidade não existe), processos de paranoia (a comunidade são os inimigos que assediam), processos de sedução e busca de consenso (a comunidade é tudo aquilo e somente aquilo que me aceita da forma como sou e me aprova), processos de interação/integração (a comunidade é uma realidade complexa e que exprime interesses contrastantes e eu me coloco como interlocutor, continuamente gerando alianças e conflitos). (Saraceno, 2001, p. 101)

Desse modo, o Centro de Convivência, diante do objetivo de produzir sociabilidade por meio de criações artísticas e atividades

laborativas, deve sempre potencializar fazeres e saberes que privilegiem a desconstrução da intolerância que emerge face à loucura. Assim, temos melhor explicitada essa prática no trecho de Lima e Pelbart (2007) a seguir:

Em uma infinidade de experiências que tiveram lugar a partir da reforma psiquiátrica brasileira, busca-se, através da arte, tematizar as oposições saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade. Hoje, as práticas de desinstitucionalização atravessam os muros do hospital, invadem a cidade e passam a intervir nas redes sociais e na cultura, buscando desfazer ‘manicômios mentais’. Um número cada vez maior de ações territoriais visa construir novas possibilidades no campo das trocas sociais e da produção de valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades. (Lima & Pelbart, 2007, p. 729)

Sociedade da Intolerância e o Louco

No livro organizado pelo professor e pesquisador João Ângelo Fantini (2014), intitulado “Raízes da Intolerância”, é posta uma importante discussão sobre os efeitos das políticas

públicas implementadas no Brasil a partir da década de 1990. Segundo esse autor, parece haver uma ambiguidade relacionada à identidade brasileira: por um lado há um reconhecimento e enfrentamento das desigualdades sociais; por outro, mantêm-se estigmas e certo cinismo no que tange às minorias, negros, pobres, mulheres, loucos, dentre outros.

Ademais, nessa obra é trazida uma reflexão a partir da leitura de Freud sobre as diferenças, o qual aponta em “narcisismo das pequenas diferenças” que nos sentimos ameaçados exatamente por aquilo que possamos ter de semelhante com o outro e essa lembrança parece insuportável justamente por nos parecer tão “familiar”. Segundo Fantini (2014) “haveria um processo no sentido de estigmatizar o outro com pequenas diferenças que construiriam o estranhamento deste outro e a segregação nos grupos” (p. 134).

Fantini (2014) afirma que as “segregações imaginárias” não se dão apenas por processos internos, pois são também influenciadas por fatores culturais, econômicos e políticos. Ao

estabelecer o outro como diferente, em meio às influências sociais e históricas que dão sustentação para essa segregação, a alteridade passa então a ser algo opcional.

Pensando-se no Brasil, algumas mudanças jurídicas e nas instituições se deram de um modo superficial e sem uma elaboração por parte da população sobre todo esse processo de inclusão das diferenças e de busca da igualdade social. Desse modo, parece ter se acirrado a intolerância à presença desses grupos minoritários. Todas as minorias sofreram impactos com essas mudanças, inclusive o cidadão em sofrimento mental. Como estratégia contra esses efeitos, temos a Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde e diversas outras ações que incluem o cidadão em sofrimento psíquico como protagonista diante de seu Projeto Terapêutico Singular, sempre levando em consideração as suas construções e a sua participação no estabelecimento e desenvolvimento do seu tratamento.

Mas, ainda assim, os cidadãos em sofrimento mental seguem apartados da cena social em sua plenitude, pois, mesmo algumas leis que visam garantir

direitos, acabam por, novamente, gerar um processo de segregação e estigmatização ao definir o sofrimento mental, por exemplo, como uma deficiência. Essa caracterização de déficit prejudica as possibilidades reais de interação social e de espaços de convivência abertos a todo e qualquer cidadão. O próprio Centro de Convivência deve ser frequentado por qualquer pessoa do município, que demande fazer novos laços com a própria comunidade em seu entorno, tendo algum sofrimento psíquico ou não. Assim, o Centro de Convivência passa a ser um serviço de integração, extrapolando suas fronteiras de edificação para o convívio na cidade e em sociedade.

A Construção da Autonomia e a Cidadania Possível

Considerando que este trabalho tem como foco o dispositivo do Centro de Convivência e as possibilidades de promoção de autonomia e de cidadania, faz-se essencial discutir autonomia, termo bastante utilizado pelos profissionais da saúde mental. Desse

modo, ao se tomar a etimologia do termo autonomia, apreende-se que a palavra tem sua origem do grego e compõe-se por: *autós* = próprio, por si mesmo, algo que se basta; *nomia* = lei, regra, modelo a seguir; ou seja, uma lei própria. Lalande (1999) apresenta uma definição interessante para autonomia na “Obra do Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia”, que diz: “Etimologicamente autonomia é a condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina ela mesma a lei à qual se submete” (p. 115). Nesse sentido, interessa-nos tal definição, pois se entende que a autonomia é uma condição em interação com o meio social em que se vive, não partindo de uma simples deliberação individual, sendo assim uma condição que deverá ser pactuada socialmente.

Essa ideia do conceito de autonomia fica mais evidente nos trabalhos de Castoriadis (1991), pois ele afirma que: “(...) a ideia da autonomia e da responsabilidade de cada um por sua [própria] vida pode facilmente tornar-se mistificação se a separarmos do contexto social e se a estabelecermos como resposta que se basta a si mesma”

(p. 131). Ou seja, tal conceito precisa ser apreendido como uma relação social, nunca isoladamente.

Desse modo, a clínica antimanicomial precisa estar contextualizada e em diálogo com nossa civilização, contribuindo para um bom convívio com a diversidade, sem exigir que o diferente se conforme aos padrões sociais de racionalidade e adequação. É o que nos apontam Silva e Lobosque (2007):

A clínica antimanicomial encontra-se, portanto, confrontada a um paradoxo: cuidar de quem, em nome da razão, não existe nem subjetiva nem civilmente, buscando as condições para o que mesmo possa vir a responder por si e pelo seu querer, exigência ética do cuidado, operando de modo diverso da tradição, fazendo caber na cultura e na cidade a diferença, sem conformá-la aos moldes e modelos da razão. (Silva & Lobosque, 2007, p. 134)

Assim, se a autonomia desses sujeitos em sofrimento mental dar-se-á a partir da realização de pactuações na relação com outros sujeitos, faz-se necessário pensarmos a cidadania

possível a esses sujeitos de direitos. Dessa feita, precisamos pensar primeiramente sobre esse conceito de cidadania. A dificuldade aqui reside na inexistência de um consenso sobre a definição desse complexo termo, “cidadania”, pois a definição dos direitos é variável em cada sociedade. No Brasil, segundo Carvalho (2008), temos o que ele nomeia por Estadania: uma cultura orientada mais para o Estado do que para a representação, com uma visão corporativista dos interesses coletivos e um Estado paternalista distribuidor de empregos e favores. “A ausência de ampla organização autônoma da sociedade faz com que os interesses corporativos consigam prevalecer.” (p. 223). Assim, Carvalho (2008) nos diz que:

(...) a liberdade e a participação não levam automaticamente, ou rapidamente, à resolução de problemas sociais. Isto quer dizer que a cidadania inclui várias dimensões e que algumas podem estar presentes sem as outras. Uma cidadania plena, que combine liberdade, participação e igualdade para todos, é um ideal desenvolvido no Ocidente e talvez inatingível. Mas ele tem servido de parâmetro para o

juízo da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico. (Carvalho, 2008, p. 9)

Seguindo o pensamento de Carvalho (2008), a cidadania desdobra-se em direitos civis, políticos e sociais. Desse modo, uma cidadania plena seria exercida por aquele que possuísse os três direitos, mas há prejuízos para o exercício destes em nosso país. Para entendermos como se dá esse processo, Carvalho (2008) apresenta as seguintes definições para os diferentes tipos de direitos:

Direitos civis: são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Eles se desdobram na garantia de ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, de ter respeitada a inviolabilidade do lar e da correspondência, de não ser preso a não ser pela autoridade competente e de acordo com as leis, de não ser condenado sem processo legal regular. São direitos cuja garantia se baseia na existência de uma justiça independente, eficiente, barata e acessível a todos. (...) É possível haver direitos civis sem direitos políticos.

Direitos políticos: estes se referem à participação do cidadão no governo da

sociedade. Seu exercício é limitado a parcela da população e consiste na capacidade de fazer demonstrações políticas, de organizar partidos, de votar, de ser votado. Em geral, quando se fala de direitos políticos, é do direito do voto que se está falando. É possível haver direitos civis sem direitos políticos, mas o contrário não é viável. Sem os direitos civis, sobretudo a liberdade de opinião e organização, os direitos políticos, sobretudo o voto, podem existir formalmente, mas ficam esvaziados de conteúdo e servem antes para justificar governos do que para representar cidadãos. (...) São eles que conferem legitimidade à organização política da sociedade. Sua essência é a ideia de autogoverno.

Direitos sociais: se os direitos civis garantem a vida em sociedade, se os direitos políticos garantem a participação no governo da sociedade, os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva. Eles incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. A garantia de sua vigência depende da existência de uma eficiente máquina administrativa do Poder Executivo. Em tese eles podem existir sem os direitos civis e certamente sem os direitos políticos. Podem mesmo ser usados em substituição aos direitos políticos. Mas, na ausência de direitos civis e políticos, seu conteúdo e alcance tendem a ser

arbitrários. Os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos. A ideia central em que se baseiam é a da justiça social. (Carvalho, 2008, pp. 9-10)

Em alguns países, a educação popular foi incluída no processo de construção da cidadania, o que não ocorreu no Brasil. Cabe ressaltar que, enquanto para alguns autores a educação popular seria incluída como um direito social, para outros se trata de um pré-requisito para a expansão dos demais direitos. Aqui tomamos o conceito de Educação Popular utilizado por Vasconcelos (2001):

A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca 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 e enfrentamento. (Vasconcelos, 2001, p.123)

Ainda segundo Carvalho (2008), no Brasil, o processo de construção da cidadania se deu de modo muito breve e foi dada maior ênfase aos direitos sociais, os quais precederam aos demais. Além disso, os direitos civis não são garantidos à população mais pobre, sendo a nossa sociedade marcada por uma imensa desigualdade social. Assim, com os direitos políticos pouco constituídos, por vezes limitados ao voto, o direito de participar de nosso povo ficou enfraquecido.

A partir dessas reflexões sobre a construção da cidadania no coletivo social, parece-nos relevante se pensar sobre esse percurso próprio de cada um. Assim, podemos relembrar a história retratada no documentário brasileiro “Estamira” (Prado, 2004) para dizer sobre como a protagonista se despojou de situações, criando seus próprios nomes e trilhando seu caminho de forma singular e crítica. Ela trabalhou cerca de duas décadas em um aterro sanitário, situado em Jardim Gramacho, no Rio de Janeiro, sendo uma mulher de 63 anos, portadora de sofrimento

mental, que desenvolveu caminhos próprios para lidar com a loucura. O mesmo local que servia de depósito para toneladas de lixo também era a moradia de Estamira que, com um discurso aparentemente desorganizado, evocava o público a repensar a loucura e as formas de tratamentos oferecidos ao louco em nossa sociedade.

Garcia (2010) afirma que Estamira foi atendida em serviço de urgência da Saúde Mental, no entanto, não seguiu a tríade: urgência – emergência – ambulatório, mas criou seu próprio trajeto e estabeleceu a sua temporalidade:

Há algo mais. Estamira faz sua trajetória, ela inventa seu território e com ela leva seu sofrimento mental que dura. Ele tem uma duração, a duração da vida, mas não é crônico. A vida passa, mesmo que seja em tempo lento (como é o tempo dos pobres). O sofrimento de Estamira teria sido bem maior se ela permanecesse adstrita ao serviço, seu perímetro, suas regras, seus procedimentos, sua temporalidade (urgência – ambulatório – convivência), seus significantes identificatórios. Melhor teria sido se o lugar onde está localizado o serviço de saúde mental abrisse espaço

incorporando o território de Estamira, permeável caso se deixasse existir sem as marcações (de identidade dentro do sistema) às quais adere o profissional quando ele chega atarefado para atender a fila de pacientes. (Garcia, 2010, p. 145)

Assim, é necessário reconhecer a importância de se ir além de aspectos administrativos formalizados pelos protocolos e portarias, para que se possa alcançar aquilo que Estamiras podem construir como formas de lidar com o seu sofrimento. Permitir que o sujeito descole-se dos estigmas sociais, dos diagnósticos e, assim, caminhar junto com ele em suas construções por seus próprios territórios, com seus aspectos físicos, sociais, discursivos e afetivos.

Garcia (2010) mostra que é preciso se pensar a Clínica articulando território e coletivo. Ele traz esse último como um ponto de legitimação e, pensando-se no caso do serviço do Centro de Convivência, esse aspecto apresenta-se ainda mais forte, quando se observam como as assembleias, as reuniões preparatórias do desfile do dia da luta antimanicomial – 18 de maio, os festivais culturais e outras atividades em grupo possibilitam um espaço de fala

em que os usuários podem se colocar, podem dizer de si e do grupo. Ele nos convoca a um aprofundamento nas preconizações da Reforma Psiquiátrica e diz: “Temos esquecido que cada um tem liberdade de escolher a forma de atendimento que bem lhe aprouver, sem que nenhuma de nossas querelas entre profissionais ou entre teorias possa ser invocada ou tenha valor nesse momento.” (Garcia, 2010, p. 146).

Considerações Finais

O percurso das reformulações sofridas pelas políticas públicas voltadas aos cidadãos em sofrimento psíquico, inspiradas em propostas antimanicomiais, é atravessado por aspectos sócio-históricos que convocam os trabalhadores da saúde mental a se utilizarem de novas tecnologias para atuar nesse campo. Essas tecnologias devem primar pela possibilidade de construção de autonomia e exercício da cidadania, assim como temos nas atividades realizadas nos serviços

substitutivos intitulados Centros de Convivência.

A loucura, mais do que nos permite, nos convoca a essa atuação inventiva. E esse aspecto tanto torna o trabalho mais interessante, quanto mais complexo. Assim, respeitando a singularidade de cada caso e cientes dos atravessamentos sociais e institucionais, deve-se desenvolver um trabalho de qualidade aos usuários, levando-se em conta o saber sobre si de cada um deles e trabalhando de forma integrada aos seus territórios.

Desse modo, para Bezerra Jr. (1992), “tratar do indivíduo que sofre é, inevitavelmente referir-se aos contextos de vida em que esse sofrimento surge como experiência no campo da intersubjetividade. Toda intenção terapêutica supõe, assim, uma perspectiva ética” (p. 114).

Ao considerarmos os Centros de Convivência como serviços articulados para a atenção à saúde (psicossocial ou não), voltados à população em geral, mediante um convite à produção e à integração junto à cidade, torna-se possível reconhecer o seu caráter estratégico para atuar com a

desconstrução da intolerância que emerge diante do louco. Portanto, pensando-se nas práticas dos Centros de Convivência, é preciso entender que:

apreender os diferentes sentidos das atividades e dos processos, do criar e do produzir, da arte e da cultura; indagar seus significados para os usuários em seus contextos reais de vida; e, sobretudo, compreender os projetos singulares e o lugar das oficinas na produção de redes de trocas nos territórios e de laços sociais e na invenção de projetos para a vida de seus participantes - estas questões nos trazem um aprendizado e um exercício constantes, norteando o cotidiano das novas práticas em Saúde Mental. (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006, p. 7).

Enfim, trata-se de potencializar o uso do caráter intersetorial do dispositivo do Centro de Convivência para corroborar com a desinstitucionalização. Dessa feita, devem-se tomar como base os princípios da solidariedade, da inclusão e da cidadania, para se pensar a experiência da loucura a partir de sua

participação social e produção sociocultural.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bezerra Jr, B. (1992). Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra, B.; Amarante, P. *Psiquiatria sem hospício* (pp. 71-90). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Brasil. Casa Civil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Casa Civil. (1990). Lei nº 8.080 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*. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil. Casa Civil. (1990). Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1208/legislacao>
- Brasil. Casa Civil. (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Carvalho, J. M. de. (2008). *Cidadania no Brasil: o longo Caminho*. (11ª ed). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Castilho, J. C. N. (2013). *Reabilitação Psicossocial no CERSAM: Uma história de vida* (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte, UFMG. Recuperado de: <http://www.fafich.ufmg.br/ppgpsi/psicologia/attachments/article/230/julia%20castilho.pdf>
- Castoriadis, C. (1991). *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Escorel, S. (1999). Contexto: o Sistema Nacional de Saúde. In: Escorel, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário* (pp.51-65) Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fantini, J. A. (Org.) (2014). *Raízes da Intolerância*. São Carlos: EdUFSCar.
- Garcia, C. (2010, agosto/dezembro). *Psicologia e direitos humanos: possibilidades e desafios dessa interlocução*. Pesquisas e práticas psicossociais, São João

- del-Rei, 5(2) 143-150.
Recuperado de:
https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n2/Garcia.pdf
- Lalande, A. (1999). *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. (3ª ed). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lima, E. M. F. de A., Pelbart, P. P. (2007, julho/setembro). *Arte, clínica e loucura: um território em mutação*. História, ciências, saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, 14(3) 709-735.
Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/02.pdf>
- Lobosque, A.M. (1997). *Princípios para uma clínica anti-manicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC.
- Ministério da Saúde. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília.
Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Ministério da Saúde. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil In *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília. Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088 de 30 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília.
Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. (2012). *Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, nº 11*. Informativo eletrônico. Brasília. Recuperado de:
http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriuDocumento.aspx?cd_documento=1832

- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Novaes, A. P., Zacché, K., Soares, M., Guimarães, M. B. de L., Rivieres, M. S., Ribeiro, & W.; Santiago, P.; (2008) *Centros de convivência: novos contornos na cidade*. In Nilo, K., Nilo; Morais, M. A. B., Guimarães, M. B. L., Vasconcelos M. E., Nogueira, M. T., Aboud, M. (Org.) *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia Belo Horizonte*: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Paim J., Travassos C., Almeida C., Bahia L., & Macinko J. (2011, 9 de maio). *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. TheLancet.com. (pp. 11 -31). Recuperado de: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
- Paim, J. (2015, 23 janeiro). *Video-aula: Reforma Sanitária: trajetória e rumos do SUS - Jairnilson Paim*. [YouTube]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=o2ESpAg9FG>
- Pitta, A. M. F. (2011, dezembro). *Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(12) 4579-4589. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002
- Prado, M. (Diretor.) & Padilha, José (Produtor.). (2004). *Estamira*. [DVD]. Brasil: Riofilme.
- Rotelli, F, De Leonardis, O., Mauri, D. (1990). *Desinstitucionalização, uma outra via*. Nicácio, Franco (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, (pp.17-59).
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (2ª ed). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Te Corá.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas

Gerais. (2006). *Atenção em saúde mental - linha guia*. Belo Horizonte. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>

Silva, R., Lobosque, A. M. (Org.). (2007). Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte. Belo Horizonte, ESP-MG. *Caderno de saúde mental, 1*. Recuperado de: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>

Vasconcelos, E.M. (2001, fevereiro). *Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde*, Interface Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, 5(8) 121-126. Recuperado de: <http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Saude%20Educ%20Popular.pdf>

Celso Renato Silva

Atualmente é docente do curso de Medicina na disciplina de Internato de Saúde Mental, e da Pós-graduação em Saúde Mental: política, clínica e práxis, ambos na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas).

E-mail: celsorenato@hotmail.com

Raquel Ferreira Pacheco

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). Gestora Pública graduada pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) e Pós-graduanda em Saúde Mental: política, clínica e práxis pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas).

E-mail: mmsgpraquel@gmail.com

Enviado em: 20/11/17 – Aceito em: 21/05/18
