

Maria Manuela Sousa Albuquerque Valente

**A CONSTRUÇÃO DO SABER NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: ROMPENDO
A LÓGICA ESTABELECIDADA?**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dra. Gleny Terezinha Duro Guimarães.

Porto Alegre
2008

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 A LOUCURA EM MICHEL FOUCAULT	22
2.1 A LOUCURA COMO FATOR DE EXCLUSÃO DO CONVÍVIO SOCIAL E COMO INCLUSÃO MANICOMIAL	23
2.2.A LOUCURA COMO OBJETO DO SABER E DO PODER.....	41
2.3. A LOUCURA COMO EXCLUSÃO POLÍTICA E COMO INCLUSÃO ECONÔMICA	42
3 AS CATEGORIAS “loucura, exclusão e inclusão” NO CONTEÚDO DOS DOCUMENTOS OFICIAIS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEAS: Conferência de Caracas, III Conferência Nacional de Saúde Mental, Lei Federal nº10216.	53
3.1 A DECLARAÇÃO DE CARACAS: LOUCURA, EXCLUSÃO E INCLUSÃO:	53
3.2 A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: A LOUCURA, A EXCLUSÃO E A INCLUSÃO.	62
3.3 A LEI FEDERAL Nº. 10216: A LOUCURA, A EXCLUSÃO E A INCLUSÃO.	76
4 METODOLOGIA DA PESQUISA: O USO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	82
4.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO	82
4.2 A CONSTITUIÇÃO DO CORPUS.....	82
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO E ANÁLISE DOCUMENTAL.	85
4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	86
5 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): UM EXEMPLO DA CONSTRUÇÃO DO SABER NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL, UMA EXPERIÊNCIA QUE BUSCA ROMPER COM A LÓGICA ESTABELECIDA ...88	
5.1 OS CAPS: O LUGAR DO SABER E DO PODER	88
5.2 OS CAPS: INSTRUMENTOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.	92
5.3 AS OFICINAS TERAPÊUTICAS: ELIMINAÇÃO DA OCIOSIDADE PERIGOSA E OCUPAÇÃO DA MÃO DE OBRA EXCLUÍDA DO MERCADO	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
APÊNDICES	118

RESUMO

A tese trata da doença mental como uma doença que através da história ocupou a atenção dos estudiosos da área médica, e que segregou e estigmatizou seus portadores. A concepção de loucura, exclusão, e a inclusão dos portadores de doença mental, trabalhados por Michel Foucault marcaram os estudos e as políticas de saúde como respostas científicas, sociais e médicas oferecidas pelas sociedades no decorrer das últimas décadas. Foucault contrapõe a visão e o tratamento social dos portadores de transtorno mental às categorias analíticas de Poder e Saber o que em muito tem contribuído para o desocultamento de preconceitos e estigmas para com os portadores de sofrimento psíquico. Nesta tese a Declaração de Caracas, a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a Lei Federal nº10216 (a Lei da Reforma Psiquiátrica), como documentos oficiais que regem as políticas nas sociedades ocidentais, são submetidas à análise de conteúdo sob o enfoque das concepções de Foucault sobre loucura, exclusão e inclusão na sua vinculação com o poder e o saber médico e científico. O objetivo da tese é fazer um estudo minucioso de três documentos oficiais considerados marcos importantes na atual Política de Saúde Mental e já apontados acima e a partir deles identificar se naqueles documentos **o portador de transtorno mental continua sendo vítima de exclusão ou sujeito incluído socialmente e, se a loucura aparece ainda vinculada ao estigma e à intolerância daqueles ditos normais, ou se é concebida como uma doença passível de tratamento**. Ao final do estudo foi possível concluir que, desta data até os dias atuais o processo da Reforma Psiquiátrica não acabou até o momento com a cultura de exclusão social a qual o portador de sofrimento psíquico tem sido vítima, mas inegavelmente trouxe uma possibilidade e uma capacidade transformadora principalmente no estabelecimento e relações de solidariedade entre loucos e não-loucos, em que todos os sujeitos podem e devem ser vistos de forma inteira, singular e cidadã. Apesar da exclusão ser uma categoria que ainda perpassa o mundo da doença mental, os avanços tanto na área científica como na legislação, trouxeram mudanças radicais no conteúdo formal dos documentos analisados e simbolizam um novo saber construído ao longo dos doze anos de luta para a aprovação da Lei Federal nº10216, assim como

apontam para uma atenção baseada em princípios comunitários e participativos desenvolvidos em serviços abertos, situados no território em que o portador de sofrimento psíquico vive numa clara superação do modelo hospitalocêntrico vigente de forma absoluta até aos anos noventa e num processo de ruptura cotidiana desta data até os dias atuais.

Palavras Chave:

Reforma Psiquiátrica, Loucura, exclusão, inclusão, poder e saber.

ABSTRACT

This thesis deals with mental disease as an ailment which through history has occupied the attention of the medical area scholars, and has segregated and stigmatized its carriers. The concept of madness, exclusion and the inclusion of a mental disease carriers, worked out by Michel Foucault have marked the studies and the health politics as scientific, social and medical answers given by societies in the last decades. Foucault counterpoints the view and the social treatment of those carrying a mental disturbance to the analytic categories of Power and Knowledge which have contributed a lot on revealing prejudices and stigmas towards those who carry a psychic suffering. In the present thesis the Caracas Declaration, the III National Conference on Mental Health and the Federal Law n. 10216 (the Psychiatric Reformation), as official documents which rule the west society politics, are submitted to a content analysis under the Foucault concepts about madness, exclusion and inclusion in their connection with the medical and scientific power and knowledge. The aim of the present thesis is to make a detailed of the three official documents considered as important landmarks for the present Mental Health Politics and already pointed above, and from them identify whether in those documents de carrier of a mental disturbance is being treated as a victim of exclusion or a socially included subject, and whether madness appears still linked to the stigma and intolerance of those said normal, or whether it is conceived as a disease liable to treatment. At the end of the study it was possible to conclude that from this date up to the present day the process of Psychiatric Reformation did not end to this moment with the social exclusion culture of which the carrier has been a victim, but undoubtedly brought a possibility and a transforming capacity mainly in the establishment and a solidarity relationship between mad and non-mad people in which all subjects can and must be seen in a whole, singular and citizen-like way. In spite of exclusion being a category which will prevails in the world of mental disease, the advances both on the scientific area and on the legislation, have brought radical changes for the formal content of the analyzed documents and the symbolize a new knowledge built along the twelve years of the struggle for the approval of Federal Law n. 10216, as well as they point to

some attention based on community and participating principles developed in open services, located on the territory on which the carrier of a psychic suffering lives in a clear overcoming of the hospital-centered model prevailing up to the 90's as well as in a daily rupture process from this date up to the present days. t

Key words: Psychiatric Reformation, madness, exclusion, inclusion power and knowledge.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “A Construção do Saber na Área da Saúde Mental: Rompendo com a Lógica Estabelecida?” é resultado de 30 anos de vida profissional na área da saúde e da minha trajetória como pessoa que já vivi em 03 (três) continentes tão diferentes econômica, social e culturalmente, mas tão parecidos quando se trata da saúde da população, particularmente, da saúde mental. A minha infância em Portugal é repleta de boas recordações, fui criada com muito amor por meus avós maternos, fazem parte dela duas mulheres que percorriam as aldeias pedindo esmolas para sobreviverem. Viviam nas estradas ou nos “caminhos” como lá chamavam. Alguém dava sinal de que as “mongas” tinham chegado e era o suficiente para mães e avós recolherem suas crianças da rua e imediatamente fecharem as casas; pois elas eram “loucas” e “perigosas”. Eu espreitava por detrás da janela e sentia pena daquelas mulheres.

Na minha adolescência e juventude, já em Angola, a mesma cena se repetia. Apesar de ser um país tão rico, mulheres e homens perambulavam na esperança de ganharem qualquer pedaço de pão para comerem, mas quase sempre brigando com os cães que latiam à sua volta, e não raras vezes tinham seus “trapos” rasgados por eles, ficando seminus e ainda mais vulneráveis do que eram. Deste período, faz parte uma mulher que vinha à vila pedir. Caminhava devagar com os olhos baixos, sempre receosos. A minha mãe sempre a ajudou e protegeu-a enquanto foi viva. A despedida das duas foi algo comovente, lembro até hoje, e, há 45 anos minha mãe reza um terço por sua alma. Em Angola cursei o Liceu e depois me formei em Secretariado e trabalhei numa multinacional que representava um Laboratório da África do Sul, onde fiquei apenas um mês para fazer vestibular e ingressar no Curso de Serviço Social que funcionava no Instituto de Serviço Social Pio XII, que depois da independência de Angola (1975) passou a chamar-se de Instituto de Serviço Social de Angola. Lá cursei três anos e ainda iniciei o quarto ano, mas não foi possível concluí-lo em virtude da guerra civil que se instalou por ocasião da independência e que durou 40 anos. Foi uma guerra que destruiu a vida de

milhões de seres humanos, negros, brancos, ricos pobres, adultos, crianças, loucos e não loucos. Tudo porque debaixo do solo havia petróleo, ouro, diamantes e outras tantas riquezas. Durante um ano fiquei sem saber o que fazer da vida e foi em 1976 que decidimos pelo Brasil, onde fiz adaptação do curso e formei-me em 29/12/1978.

Já adulta em outra sociedade, como profissional de Serviço Social, no Brasil, um país rico em recursos naturais e em população, aqueles personagens tão contraditórios que ora inspiram pena ora medo, também fazem parte independente do país, eles, “os loucos”, são iguais na forma como se comunicam como sobrevivem e como são maltratados pela sociedade.

O medo de um dia ficar “louca” de tempos em tempos me rondava. Hoje tenho claro que o medo não era da doença e sim de ser segregada, ignorada, deixar de ser eu mesma. Não era um medo fictício, ele era real, afinal três vezes na vida me foi dito que eu não pertencia àquele lugar, em uma delas, no meu próprio país.

A minha vida profissional foi-se construindo na área da saúde, área em que atuo até a data atual. O meu primeiro emprego aconteceu em 1979, contratada para compor a equipe da Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), onde estou até hoje. Em 1985 prestei concurso público para a Fundação de Apoio Universitário (FAU) e fui trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) FRAGET, em 1994 prestei concurso para a Universidade Federal de Pelotas e continuei na mesma UBS onde por anos trabalhei com grupos e Oficinas de Criação Coletiva com portadores de transtorno mental. Em 2001 fui convidada e depois contratada como supervisora local e acadêmica pela UCPEL para fazer parte da equipe que ia estruturar um Centro de Atenção Psicossocial pioneiro, pois era uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Pelotas, Hospital Universitário São Francisco de Paula e Universidade Católica de Pelotas além disso servia como um campo de estágio para os cursos das duas universidades locais (UCPEL e UFPEL), por esta característica o serviço foi denominado de CAPS/Escola. Em 2006 saí da UBS/FRAGET para o ambulatório da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Como docente, desde 1994 sou

responsável pela disciplina de Política Social da Saúde e supervisora acadêmica dos campos de estágio da saúde, principalmente da Saúde Mental.

Com a preocupação de ser uma Assistente Social e uma professora atualizada, conclui mestrado no ano de 2000 em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social e, neste ano (2008), concluiu o doutoramento em Serviço Social que para mim tem um sentido muito especial, uma vez que venho de uma família de imigrantes em que todos tiveram que trabalhar muito para vencer na vida e apenas eu, a única mulher, já avó de três netos a caminho do quarto, superei algumas barreiras e com muito prazer chego a esta etapa. Foi o doutoramento que me possibilitou voltar à minha terra natal como profissional de Serviço Social e vivenciar uma experiência de estágio no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Branco que muito me ajudou na compreensão do processo de Reforma Psiquiátrica em Portugal cuja trajetória se diferencia do processo em curso no Brasil.

A realização da pesquisa sobre a temática da loucura, objeto desta tese foi embasada principalmente nas obras de Michel Foucault (*Microfísica do Poder* de 1996 e *História da Loucura* de 2002) e permitiu observar que apesar do avanço da Ciência e da Legislação acerca da doença mental ainda não superou-se, na realidade, que o portador de transtorno mental continue sendo vítima de exclusão social. A tese aborda a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e destaca a sua importância para a mudança que vem ocorrendo nos serviços de saúde em geral e em específico nos serviços de Saúde Mental, e que se concretiza através do trabalho dos profissionais que atuam na área da Saúde Mental. A Reforma possibilitou uma “guinada” nos aspectos conceituais, estratégicos, operacionais, no planejamento das ações de saúde pública, assim como nos conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de saúde e de suas relações com a população. Esta tese de doutoramento, além de ser um requisito para o término de mais uma etapa da formação acadêmica, visa, também com sua leitura, incentivar os “simpatizantes” da Reforma Psiquiátrica a se manterem organizados, mobilizados em torno dos espaços já conquistados, (Congressos, Conferências, Encontros, Representação em Conselhos de classe) a desenvolverem práticas sociais alicerçadas em saberes

construídos que respeitem a individualidade de cada ser humano independente de seu estado de saúde, assim como afirmar que apesar da atual conjuntura mundial ser favorável à expansão do capital e que tudo tem um “valor/preço”, ela é adversa no âmbito social, uma vez que a desigualdade é cada vez maior entre os povos das diferentes nações e até mesmo dentro de cada país.

A riqueza concentra-se cada vez mais na mão de poucos e a pobreza, com suas nefastas conseqüências (desemprego, subemprego, doença, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, baixo índice de escolaridade, índices de violência crescentes) é a realidade da grande maioria da população brasileira. No âmbito da política da saúde e em específico da saúde mental, constata-se no Brasil a perspectiva de rompimento com a lógica da exclusão do portador de transtorno mental já que o movimento de luta antimanicomial alcançou metas importantes entre elas, a aprovação de leis estaduais que asseguram a continuidade do processo da Reforma Psiquiátrica, a incorporação das diretrizes da Declaração de Caracas, e a aprovação da Lei Federal nº10216. No entanto, a legislação vigente não tem tido “força política” para diminuir a exclusão da doença mental diante da política econômica adotada nas últimas décadas. A doença mental e o doente mental ainda são cercados de barreiras de ordem cultural, econômica e de periculosidade. O doente mental ainda é visto como aquele que não tem “cura” é perigoso, pois as suas crises são imprevisíveis.

No primeiro capítulo da tese, a história e a trajetória da loucura da Idade Média até à atualidade, foi escrita, tendo como referência principal Michel Foucault cujas idéias tiveram e ainda têm grande influência na construção do saber crítico sobre a loucura. Na sua obra “História da Loucura”, o papel social e econômico representado pela loucura na sociedade capitalista, a relação de poder que se estabeleceu entre a ciência (saber médico) e o louco são apresentados naqueles aspectos que tiveram maior repercussão na construção do saber ocidental.

No segundo capítulo são analisados os três documentos mencionados anteriormente a partir das categorias trabalhadas por Foucault: concepção de loucura, exclusão e inclusão com o objetivo de identificar se houve mudanças significativas em relação à intencionalidade destes

documentos em apontar para a melhor qualidade de vida daquela pessoa que do século XVI ao XX era denominado inicialmente de louco, depois de paciente, e na atualidade é usuário, portador de transtorno mental ou portador de sofrimento psíquico.

Os três documentos foram utilizados como fonte de informações já existentes por serem marcos da política de saúde mental e ainda por possibilitarem conhecer o período histórico e social em que se realizaram as ações que deram origem aos referidos documentos. A análise realizada oportuniza afirmar que embora se tenha uma lei Federal sob o nº 10216 sancionada e aprovada em defesa da cidadania dos Portadores de Transtorno Mental, ainda não é chegada a hora de cruzar os braços, pois não há um consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica nem mesmo sobre o significado do lema “por uma sociedade sem manicômios”, conforme se pode concluir a partir da análise do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001, que exige do governo brasileiro agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico objetivo já traçado em 1990 por ocasião da realização da Conferência de Caracas.

A metodologia tema do terceiro capítulo deste estudo foi efetivada através da utilização dos procedimentos da pesquisa qualitativa por considerar esta um tipo de pesquisa cuja importância está no fato de que a pesquisa desloca a atenção da análise em direção às questões referentes à qualidade e à coleta de dados.

A análise documental teve como objetivo aproximar e aprofundar a compreensão dos seguintes documentos referentes à Política de Saúde Mental dada a sua importância tanto no contexto latino americano como no brasileiro: O Relatório da Declaração de Caracas de 1990; O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 e a Lei Federal da Reforma Psiquiátrica nº10, 216 de 2001. Os três documentos permitiram a coleta dos dados posteriormente analisados e interpretados, tendo como suporte teórico-científico a pesquisa bibliográfica. Para a análise dos documentos utilizou-se a

Análise de Conteúdo que segundo Bardin¹, constitui-se na metodologia utilizada para realizar a análise, descrição e interpretação do conteúdo dos documentos utilizados como instrumento teórico e investigativo.

A Análise de Conteúdo é um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas. A importância deste método está no fato que nos permite fundamentar a tese a partir dos materiais pesquisados (documentos acima mencionados) e a reinterpretar as mensagens do autor, isto é, a partir de quem fala e de como fala.

A Análise de Conteúdo foi o método escolhido por possibilitar a leitura dos documentos (corpus) a partir dos pressupostos teóricos da Reforma Psiquiátrica assim como a leitura dos mesmos sob a ótica do autor e da perspectiva de quem está fazendo a releitura dos referidos documentos. Os três documentos foram utilizados como fonte de informações já existentes por serem marcos da política de saúde mental e ainda por possibilitarem conhecer o período histórico e social em que se realizaram as ações que deram origem aos referidos documentos. Talvez seja oportuno afirmar que, embora se tenha uma lei Federal sob o nº 10216 sancionada e aprovada em defesa da cidadania dos Portadores de Transtorno Mental, ainda não é chegada a hora de cruzar os braços, pois não há um consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica nem mesmo sobre o significado do lema “por uma sociedade sem manicômios”, conforme se pode concluir a partir da análise do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001, que exige do governo brasileiro agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico objetivo já traçado em 1990 por ocasião da realização da Conferência de Caracas.

O quarto capítulo é voltado à análise dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos serviços criados pela legislação para substituírem o hospital psiquiátrico assim como o papel das Oficinas no processo terapêutico de cada usuário do serviço, utilizando as três categorias (loucura, exclusão, inclusão) e relacionando-as com a questão do poder

¹ BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa Edições 70, 2004.

inerente ao saber técnico que se contrapõe à “ignorância” do usuário sempre numa posição de subalternidade, fragilidade e exclusão.

Também trato da Saúde Mental como uma área em que o trabalho dos profissionais de saúde deve ser além de uma prática interventiva uma prática essencialmente política, abordo a Reforma Psiquiátrica e o trabalho do Assistente Social enquanto profissional executor de Políticas Sociais, neste caso a Política de Saúde Mental e destaco a importância desta ação política como enfrentamento da conjuntura internacional e nacional “adversa” à legislação da saúde mental em que as diretrizes são estabelecidas, mas não são executadas na íntegra, em que são dependentes do orçamento que quase sempre privilegia o desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento social.

A conclusão encerra o trabalho afirmando que a análise do conteúdo da legislação existente torna possível comprovar que a construção de um novo saber na área da Saúde Mental possibilita romper a lógica estabelecida de que o doente mental é um ser perigoso para si e para a sociedade e de que a exclusão “ainda é o melhor remédio”. Ao final desta tese tenho a convicção de que só com a participação efetiva dos usuários, familiares e profissionais da área de Saúde Mental em todos os espaços, será possível assistirmos à maioria do Movimento da Luta Antimanicomial que no dia 18 de maio deste ano completou 20 anos da mobilização social “*Por uma sociedade sem manicômios*” e, finalmente, podermos olhar para todos como cidadãos que têm direito de serem tratados com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde daquele que foi acometido por algum transtorno mental. Enfim, para que a área da Saúde Mental nunca mais seja sinônimo de Doença Mental, e de que os novos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos sejam espaços de participação, alegria, cuidado e não serviços que possam num futuro próximo reproduzir a exclusão social e cultural característica do modelo asilar, é necessário atentar para o perigo que está na fetichização desses “novos serviços” que sem uma mobilização permanente podem se tornar serviços excludentes e discriminatórios, miniatura dos “velhos” hospitais psiquiátricos, por isso, a importância de que a loucura seja vista como uma das expressões da “questão social” que necessita não só da política da saúde, mas

também das demais políticas sociais (educação, assistência, habitação, lazer, transporte, cultura). A cidadania do Portador de Transtorno Mental, conforme os documentos analisados deve ser a meta da equipe de saúde mental para que de fato a reabilitação psicossocial não seja uma utopia, mas uma grata realidade na vida daqueles, denominados de “loucos” que durante séculos foram desrespeitados como doentes e como seres humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o momento de concluir e apresentar as reflexões feitas no decorrer de mais uma etapa da formação profissional, mais especificamente na elaboração da tese cujo tema é “A Construção do Saber na Área da Saúde Mental: Rompendo a Lógica Estabelecida?”, e que teve como objetivo trazer a público, sob a lente de uma assistente social, a discussão da política de saúde mental, especificamente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira que apesar do cenário mundial e nacional eminentemente neoliberal tem avançado e pode-se afirmar de que apesar de ser um movimento jovem com aproximadamente 20 anos já alcançou sucessos relevantes na qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Um outro motivo de alegria está no fato de poder discutir um tema que sempre me foi muito caro que é o da Reforma Psiquiátrica, justamente num período crítico, decorrente do modelo neoliberal caracterizado pelo desemprego, violência em todos os níveis e precariedade das políticas públicas. Vivemos em uma sociedade capitalista cujos valores se inverteram ao longo do tempo: Vale quem detém os meios de produção, quem gera e detém o capital, e neste contexto não há lugar para o portador de transtorno mental que não produz, não contribui com a família e, ainda, “onera” os cofres públicos com suas crises que além de exigirem cuidados especiais, também fazem uso de medicação adequada ao seu quadro de doença.

Como metodologia para a realização deste texto utilizou-se a análise de conteúdo que permitiu a leitura dos textos sob um olhar crítico e concluir que a loucura e o “louco” sempre foram excluídos nas diversas sociedades ao longo da história, todas partilham de idéias comuns sobre os papéis e funções que seus membros devem desempenhar. A doença mental teve e ainda tem uma função importante vinculada à ordem social destinada a manter a “proteção” do louco e da sociedade, mas o objetivo é estabelecer uma ordem na desordem provocada pelas condutas dos “doentes mentais”, assim, o isolamento nos asilos justificou-se pela necessidade de disciplinar o louco e de neutralizar o poder que pudesse vir a ter sobre as demais pessoas. A exclusão justificou-se como necessária ao “equilíbrio” do doente mental, e o hospital psiquiátrico o lugar do exercício de um poder terapêutico vinculado ao saber médico como

forma de ajustar e adestrar o doente na manutenção da ordem "capitalista". Observou-se ainda que a doença mental tem conseqüências no âmbito individual, familiar e comunitário e foi, muitas vezes, encarada como fraqueza e defeito de caráter e, por isso, responsabilizou-se a pessoa em situação de doença, pela mesma, enquanto o Estado por muito tempo teve uma participação "discreta" por entender que o problema é da pessoa individualmente. De acordo com o relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 da OMS e da OPAS: a vergonha e o estigma da doença mental ainda "tomam a frente da ciência e da razão" (p.14) que não raramente culpabilizam o indivíduo por sua situação de doença e legitimam as suas relações de poder, apoiados no princípio da neutralidade da ciência.

A loucura foi, ao longo do tempo, considerada desviante, mas não em relação a uma média estatística, mas sim em relação a valores culturais e grupais. O que significa dizer que a loucura é "um ponto de vista" e não uma realidade. Com esta outra imagem, a loucura continua sendo um assunto particular, visto que, aquela pessoa considerada estranha, portadora de uma doença na "cabeça", responsável pela alteração de suas ações e da forma de ser, é desvalorizada socialmente, pois é a mente que define a individualidade e a integralidade, condições essenciais para a valorização da pessoa capaz de produzir.

Para quem não produz e em alguns momentos tem crises, é violenta ou torna-se apática, a sociedade criou o manicômio, uma instituição que se mantém forte até o século XXI, apesar das denúncias de maus-tratos e abandono por parte da ciência médica, que ao invés de tratar e curar contribuiu para que as patologias fossem identificadas como de ordem mental, assim objeto do conhecimento médico. Os manicômios proliferaram e logo a sua capacidade se esgotou com pessoas que caíram no anonimato, cuja convivência social não era desejada, mas que prestaram um importante papel, para a indústria farmacêutica que viu seus negócios crescerem e para os donos de hospitais privados que enriqueceram, pois, durante anos foram a única possibilidade de tratamento para os Portadores de Transtorno Mental.

Simultaneamente, ao período "Épico" da Assistência Manicomial nascia na década de 70 um movimento contrário e que se publicizou na década

de 80 como o Movimento de Luta Antimanicomial e é ele que marca o início do discurso da desinstitucionalização fortemente respaldado pela experiência democrática e exitosa da Itália que tinha à sua frente o psiquiatra Franco Basaglia, apoiado pela aprovação da Lei 180, fez uma reforma radical ao acabar de uma só vez com os manicômios.

O Brasil adotou o modelo da reforma da Itália e apesar de ter acumulado ganhos, não conseguiu a um só tempo fechar os manicômios como aconteceu na Itália. Alguns fatores podem ser apontados para se entender o processo brasileiro:

- A extensão territorial dificulta a mobilização em prol da Reforma Psiquiátrica, embora também em outro momento devesse ser o motor da Reforma;

- A Federação dos Hospitais do Brasil (FHB), detentora de prestígio e capital tem conseguido fazer *lobbies* contra a Reforma Psiquiátrica, justificando-a como um processo que leva à desassistência do “paciente”;

- As profissões “Psi” não apoiaram a Reforma ao adotarem uma postura alheia ao Movimento de Luta Antimanicomial;

- O Estado, cuja trajetória nunca foi vanguardista, nem favorável à classe que não detém o capital, ficou numa posição de expectador até ser pressionado a adotar uma Política de Saúde Mental que contemplasse uma parcela da população que sempre viveu no anonimato, como foi o caso do PTM.

A Lei Federal nº. 10.216/01, de autoria do deputado Paulo Delgado merece todo o respeito não só pela ousadia de romper com uma estrutura secular, como é o manicômio, como pela tenacidade de manter-se combativo durante os doze anos até à sua aprovação.

A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção que não se constitui em bloco homogêneo devido às diversidades regionais do Brasil, aos interesses políticos e financeiros em jogo e à imaturidade da vivência interdisciplinar, condição essencial para o estabelecimento do processo de desinstitucionalização. A luta antimanicomial coloca no centro do debate, a loucura que o mundo ocidental, o mundo civilizado, há mais de três séculos, esconde em asilos, hospícios, hospitais psiquiátricos e de preferência fora do perímetro da cidade. Em caso de impossibilidade de que isso aconteça, devido

ao processo desenfreado da urbanização, estas instituições estão protegidas dos olhares por muros altos, janelas pequenas, altas e gradeadas. Esta forma de “tratamento” justificou-se por muito tempo como uma medida de proteção da sociedade, das pessoas normais da fúria do louco que de forma imprevisível poderia ferir alguém. E, assim, a loucura e o louco foram condenados a viver no anonimato permanente.

Contrariando a norma que estava posta, o projeto de luta antimanicomial que se expressa nos documentos analisados, se constitui de saberes construídos, que rompem com a “ordem estabelecida” e que abrem espaços em que os portadores de transtorno mental podem falar de sua vida, de seu sofrimento e do que esperam da sociedade como cidadãos e sujeitos de direitos.

O processo de desinstitucionalização dos últimos 40 anos, segundo a análise do conteúdo dos documentos que constituem o corpus desta tese, tem defendido que a maior parte dos doentes crônicos pode viver em sociedade, mas também tem demonstrado que sem a continuidade do atendimento de uma equipe interdisciplinar em serviços abertos, da manutenção da medicação indicada e da criação e implementação das Oficinas Terapêuticas e da articulação da rede assistencial e comunitária a Reforma Psiquiátrica corre o risco de romper com o hospital psiquiátrico, mas não com o seu paradigma excludente.

Como pesquisadora, entendo que só a partir de uma construção coletiva e horizontal de todos os saberes será possível romper com o modelo manicomial que vai muito além da estrutura física do manicômio. Os assistentes sociais devem engajar-se com as demais categorias profissionais que se identificam com o Movimento da Luta Antimanicomial no processo de mudança do modelo societário na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, de “uma sociedade sem manicômios” o que já era desejo da categoria na década de 60 quando questionou a profissão na sua totalidade e desencadeou o Movimento de Reconceituação. O Serviço Social foi levado a um processo de amadurecimento, fruto da qualificação acadêmica, produção científica e da organização dos órgãos representativos da profissão.

Os anos 80 marcaram o início de uma posição crítica quanto ao tratamento psiquiátrico dispensado até então ao portador de sofrimento psíquico. Os anos 90 e os primeiros anos do século XXI consolidaram uma legislação que mudou o foco do atendimento do modelo asilar para o modelo comunitário, constituído por serviços situados no território em que o usuário vive para assim continuar pertencendo aquele lugar e evitar a ruptura de seus vínculos afetivos e sociais. As conquistas na área da Saúde Mental, segundo a análise do conteúdo dos documentos oficiais são inquestionáveis, no que se refere à superação da concepção da loucura, dos mecanismos que visam a inclusão dos portadores, do reconhecimento dos saberes e dos poderes interdisciplinares assim como da cidadania e do poder dos portadores, no entanto é necessário estar atento para não incorrer no erro de entender que aquelas conquistas já estão consolidadas, uma vez que a Reforma Psiquiátrica é um processo ainda jovem que rompe com as antigas formas de “tratar” a loucura, mas que ainda não é hegemônico, em virtude dos interesses financeiros que estão em jogo. Como processo, a Reforma Psiquiátrica deve manter vivos os ideais antimanicomiais, estabelecer a construção de novas abordagens de atenção ao usuário que realmente façam frente à cultura de exclusão e da segregação que ainda hoje o portador de sofrimento psíquico é vítima. No trabalho de pesquisa desenvolvido para a concretização deste texto constatou-se que o Brasil é detentor de uma legislação progressista e humanizadora, composta da Lei Federal nº 10.216, Declaração de Caracas, 03 (três) Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo que a III CNSM, foi objeto de análise neste trabalho.

Além destas leis, o Brasil dispõe de “Lei Federal sobre cooperativas sociais, oito Leis Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde” (Legislação em Saúde Mental 1990 – 2002, p.9), no entanto, constatou-se, que há uma lacuna entre a legislação já aprovada e a concretização da mesma.

No dia a dia da população alvo e para que esta situação se altere é indispensável a participação sistemática dos gestores estaduais, municipais, bem como dos profissionais, usuários e familiares do setor de Saúde Mental. É inquestionável que a cobertura de serviços nesta área vem aumentando e melhorando progressivamente, mas é necessário um acompanhamento e uma

avaliação programada dos serviços existentes não só para evitar que se “institucionalizem” e percam o caráter de mudança proposto pela Reforma Psiquiátrica, mas também para incentivar os gestores a ampliarem a rede de serviços e com isso uniformizar a atenção em saúde mental independentemente das condições econômicas e políticas do Estado e/ou do Município.

Retomando o título da tese concordo e reafirmo que o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira depende da articulação dos saberes já construídos através da vivência interdisciplinar, assim como da construção de novos saberes. O processo de ruptura com as ordem estabelecida exige cada vez mais uma formação técnica, teórica, atualizada, dos trabalhadores da área para que não se convertam em “meros” profissionais e mantenham sim aceso o “espírito de militância” por uma causa social e humanitária que deve ir além da possibilidade de ser um campo de trabalho que se amplia e assimila profissionais outrora excluídos da área da saúde mental centrada na medicina e na enfermagem.

O processo de formação de recursos humanos deve iniciar na graduação em todos os cursos que hoje constituem a equipe de saúde mental (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, artista plástico, profissional da música e da educação física e técnico de enfermagem), para que os saberes adquiridos na academia possam realmente romper com a lógica estabelecida e produzir um novo olhar acerca da loucura e do louco que deve ser visto na sua singularidade como alguém portador de uma doença que produz a si e a sua família um sofrimento físico, psíquico e social.

Concluo, afirmando que o Assistente Social como trabalhador da Saúde Mental deve se comprometer e acompanhar o movimento da sociedade, qualificando-se para contribuir, de forma crítica, ética, técnica e afetiva com o processo de desinstitucionalização, na defesa intransigente dos direitos, e das conquistas de todas as pessoas em especial dos Portadores de Transtorno Mental. A atuação em uma equipe interdisciplinar não significa que os profissionais que dela fazem parte percam a sua identidade, mas que todos eles, e neste caso, o assistente social mantenha o compromisso ético com toda

a equipe, com os usuários e seus familiares, sem no entanto deixar de desempenhar atribuições privativas da sua profissão.

É condição indispensável ao agir do Assistente Social uma permanente articulação política dos segmentos sociais para que a reforma psiquiátrica alcance seus objetivos que são o fortalecimento dos sujeitos com o sofrimento psíquico, o resgate e a defesa dos direitos conquistados legalmente através dos documentos dos quais a Conferência de Caracas, A III CNSM e a Lei Federal nº 10.216 foram objeto de estudo desta tese.

As palavras finais são de um usuário com quem trabalhei durante doze anos coordenando um grupo denominado “AMIGOS” e que expressam todo o sofrimento decorrente da solidão, do desprezo e do medo da rua³¹.

³¹ Como apêndice encontra-se a poesia do usuário que expressa o sentimento de como é ser um portador de sofrimento psíquico na nossa sociedade.