

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SILVIA MARINI

**SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: AÇÕES E DESAFIOS DA POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR**

MARINGÁ

2012

SILVIA MARINI

**SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: AÇÕES E DESAFIOS DA POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR**

Dissertação apresentada por SILVIA MARINI, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª.: Celene Tonella

MARINGÁ

2012

SILVIA MARINI

**SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: AÇÕES E DESAFIOS DA POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Sociedade e Políticas Públicas

Aprovada em: 11 de Junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Celene Tonella

Prof. Dr. Silvio Yasui

Prof^a. Dr^a. Carla Cecília Rodrigues Almeida

Dedico esta dissertação

À memória do meu pai, Dirceu.

À minha mãe, Maria, mulher forte que sempre enfrentou com garra às dificuldades da vida.

À memória da professora Maria Teresa Claro Gonzaga, incentivadora e apoiadora desse trabalho, que deixou-nos antes de vê-lo concluído.

E a todos os familiares e amigos que me apoiaram, tornando a jornada mais fácil.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pela possibilidade, condições e força para realizar esse trabalho.

Agradeço à minha família, pela compreensão frente às ausências e falta de tempo. Em especial minha Mãe, meu irmão César e minhas sobrinhas, Noemí e Rebeca.

À família Garcia, pela acolhida, apoio e carinho.

Um abraço especial, a minha orientadora professora Celene Tonella, por ter aceitado me orientar em um tema tão desafiador. Sem sua disponibilidade, compreensão e apoio, a realização desse trabalho não teria sido possível.

Aos amigos, Jéferson, Alexandre, Elza, Solange, Thalita, Cathiane e Valéria, pelo apoio e acolhida nos momentos difíceis.

Agradeço ao Júnior e a Denise, funcionários da UEM, pela atenção, carinho e paciência com que sempre me trataram.

À Fundação Araucária pela bolsa concedida, por meio da qual pude ter a tranquilidade e condições necessárias para a realização da pesquisa.

Ao meu companheiro, Fernando, pelo carinho, presença e apoio incondicional, sem os quais o fim dessa jornada seria mais difícil.

Não seria possível deixar de mencionar os usuários e técnicos da política de saúde mental de Maringá, que tão prontamente aceitaram participar dessa pesquisa.

E a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, que se esforçaram para que não me sentisse “uma estranha no ninho”. Em especial, à professora Carla Almeida, pela confiança e incentivo.

Enfim, agradeço a todos aqueles que direta ou diretamente contribuíram para essa conquista. Muito obrigada!

MARINI, Silvia. **SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: AÇÕES E DESAFIOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.** 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Celene Tonella. Maringá, 2012.

RESUMO

A construção da política pública de saúde mental brasileira é consequência da organização do Movimento de Reforma Psiquiátrica, em crítica à assistência oferecida com base nos princípios da psiquiatria organicista tradicional. Essa forma de assistência possibilitou que as pessoas com sofrimento psíquico fossem, por longo período, violadas em seus direitos básicos e essenciais. Por isso, a nova política de assistência assume o compromisso social de garantir o respeito e a cidadania dos usuários. Considerando a importância da implementação de ações que assegurem esse compromisso, essa pesquisa procurou compreender os elementos normativos que dão sustentação ao conceito de cidadania moderna e sua relação com os processos de lutas e conflitos em prol da afirmação e garantia de direitos da pessoa com sofrimento psíquico. E, assim, identificar em que medida às ações desenvolvidas pela política de saúde mental do município de Maringá-PR, representada por dois serviços de assistência (CAPS AD e CAPS II), tem contribuído para a construção/garantia da cidadania de seus usuários. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a temática, e entrevistas semi-estruturadas com amostra de usuários dos serviços já citados, com as gestoras dos principais serviços de assistência especializada e com a coordenadora da política de saúde mental municipal. Como resultado, conclui-se que a maior contribuição dos serviços para a garantia da cidadania dos usuários se refere à assistência psiquiátrica de qualidade, pautada no acolhimento e no vínculo. E que alguns desafios precisam ser superados para a garantia da cidadania plena dos usuários, sendo os principais: maior capacitação dos profissionais, a fim de que discriminações e relações de autoridade e tutela não sejam reproduzidas nos serviços, e o estabelecimento de ações intersetoriais com as demais políticas públicas, para que todos os direitos sejam acessados.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde Mental. Cidadania. Intersetorialidade.

MARINI, Silvia. **MENTAL HEALTH AND CITIZENSHIP: ACTIONS AND CHALLENGES OF PUBLIC POLICY ON MENTAL HEALTH IN MARINGÁ-PR.** 174 f. Dissertation (Master in Social Science) – State University of Maringá. Supervisor: Celene Tonella. Maringá, 2012.

ABSTRACT

The construction of Brazilian's public policy on mental health is a result of the organization of the Psychiatric Reform Movement, criticizing the assistance offered, which is based on the principles of the traditional organicist psychiatry. This kind of assistance made the violation of the basic and essential rights of people with psychic suffering possible for a long time. Therefore, the new public policy compromises socially with ensuring users respect and citizenship. Considering the importance of implementing actions that ensure this compromise, this research sought to understand the normative elements that support the concept of modern citizenship and its relationship to the processes of struggle and conflict in favor of the statement and guarantee rights of people with psychological distress. And thus identify in what extent actions practiced by the policy on mental health in the town of Maringá-PR, represented by two assistance services (CAPS AD e CAPS II), has been contributing to the building and ensuring of users citizenship. In this regard, bibliographic and documental research on the subject was conducted as well as semi-structured interviews with samples of users of the already mentioned services, with the managers of the mains specialized assistance services and with the coordinator of the town's policy. It was concluded that quality psychiatric assistance based on welcome and bond is the main contribution of the services to ensure the users citizenship. It was also concluded that some challenges need to be overcome to ensure users full citizenship, the main ones being: increased professional qualification in order to avoid the reproduction of discrimination as well as authority and guardianship relationships in the services; the establishment of intersectoral actions with other public policies so that all rights can be accessed.

Keywords: Public Policy. Mental Health. Citizenship. Intersectorality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com usuários	19
Quadro 2	Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com gestoras	20
Quadro 3	Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com a coordenadora da Política de Saúde Mental	20
Quadro 4	Número de CAPS por tipo no Brasil até julho de 2011	66
Quadro 5	Principais serviços e estratégias da Política de Saúde Mental brasileira implantadas até julho/2011	68
Quadro 6	Número dos principais serviços e estratégias da Política de Saúde Mental paranaense em 2011	73
Quadro 7	Número de CAPS por município da RMM até novembro/2011	76
Quadro 8	Serviços especializados em saúde mental do município de Maringá por tipo e número em 2011	80

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
CISAMUSEP	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CSM	Coordenadoria de Saúde Mental
CSNM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONGs	Organização Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMM	Região Metropolitana de Maringá
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
	METODOLOGIA	15
1	CIDADANIA E SUA RELAÇÃO COM A LOUCURA	21
1.1	CIDADANIA: A DISPUTA POLÍTICA PELA IGUALDADE E PELA DIFERENÇA	21
1.2	CIDADANIA E SUA INTERFACE COM A CONSTRUÇÃO DA MORAL E DO CONCEITO DE DIGNIDADE NAS SOCIEDADES MODERNAS OCIDENTAIS	27
1.3	A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E A NÃO CIDADANIA DOS LOUCOS	32
2	REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	38
2.1	REFORMA SANITÁRIA E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	38
2.2	MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL	46
2.3	I E IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ENTENDENDO O DESENVOLVIMENTO E O ATUAL DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	54
3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: CONFIGURAÇÃO NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	64
3.1	A ESTRUTURA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	64
3.2	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PARANÁ	70
3.3	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ: O LONGO E DIFÍCIL CAMINHO	74
4	CONSIDERAÇÕES DOS USUÁRIOS, GESTORES E COORDENADORA ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL MARINGAENSE	82
4.1	ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS	82
4.1.1	Assistência a Saúde Mental	82

4.1.2	Perfil dos Usuários	83
4.1.2.1	Avaliação da Assistência Progressiva	83
4.1.2.2	Avaliação da Assistência Atual	88
4.1.2.3	Ações Intersetoriais Entre os Serviços de Saúde Mental e Demais Políticas Públicas	95
4.1.3	Qualidade de Vida e Participação Social	98
4.1.3.1	Inserção no Mundo do Trabalho	100
4.1.3.2	Atividades de Lazer e Participação em Grupos e Associações	103
4.1.3.3	Vivência de Situações de Discriminação e Exclusão Social	107
4.1.4	Direitos e Cidadania	110
4.1.4.1	Direitos Garantidos nos Serviços	111
4.1.4.2	Direitos Violados nos Serviços	114
4.1.4.3	Papel da Assistência a Saúde Mental na Construção/Garantia da Cidadania ...	118
4.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS GESTORAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	120
4.2.1	Perfil das Gestoras	120
4.2.2	Reforma Psiquiátrica e as transformações na Política de Saúde Mental de Maringá	121
4.2.2.1	Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica	122
4.2.2.2	Principais Mudanças na Rede Assistencial do Município	125
4.2.3	Características e Condições Gerais dos Serviços	127
4.2.3.1	Articulação dos Serviços com Outras Políticas Sociais	127
4.2.3.2	Recursos Físicos e Humanos	130
4.2.3.3	Principais Desafios Enfrentados	134
4.3	ANÁLISE DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	136
4.3.1	Reforma Psiquiátrica e Transformações na Política de Saúde Mental de Maringá	137
4.3.1.1	Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica	137
4.3.1.2	Principais Mudanças na Rede Assistencial do Município	139
4.3.2	Características e Condições Gerais da Política	140
4.3.2.1	Objetivo da Política e Articulação com as Demais Políticas Sociais do Município	140

4.3.2.2	Principais Desafios Enfrentados	141
	REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	REFERÊNCIAS	150
	APÊNDICES	155
	ANEXO	170

INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Psiquiátrica foi fruto de uma intensa luta política e social, que teve no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, posteriormente, no movimento de “Luta Antimanicomial” atores importantes para sua configuração. As lutas empreendidas no âmbito desse movimento foram determinantes para a construção da política pública de saúde mental brasileira.

Composto por técnicos em saúde mental, usuários dos serviços, familiares e simpatizantes da causa, o Movimento de Reforma Psiquiátrica tornou-se um instrumento importante da sociedade civil na busca por transformações no modelo assistencial e, principalmente, na tentativa de estabelecer uma nova relação entre loucura e sociedade, pautada na garantia de direitos e no acesso à cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

O eixo central de luta tornou-se, portanto, a defesa dos direitos dessa minoria, característica de muitos movimentos sociais que emergiram no país, sobretudo, a partir da década de 1970. Esses movimentos, ao defenderem direitos específicos, contribuíram para a construção e expansão do conceito de cidadania em nosso país.

A luta pelo direito à cidadania de diferentes grupos e minorias não é exclusividade brasileira. Em diversos países do mundo, movimentos sociais, ONGs e outras formas de organização civil empreendem uma verdadeira batalha diária para garantir que a letra da lei seja realidade para todos os indivíduos, sem discriminação de nenhuma ordem. E, ainda, para o processo de construção e elaboração de leis que incluam e garantam demandas específicas. Luta-se, portanto, pela igualdade e pela diferença.

A atual concepção de cidadania não é natural e sim fruto de diversas transformações históricas, econômicas, políticas e sociais ocorridas no bojo da modernidade. E se, ainda, hoje luta-se por cidadania tanto no que se refere aos direitos universais, quanto aos direitos das minorias e o respeito às diferenças, podemos concluir que sua garantia está restrita a grupos específicos. Essa não universalidade de acesso envolve diferenças econômicas, étnicas, culturais, de gênero e, como veremos no caso das pessoas com sofrimento psíquico, o desvio do modelo de homem moderno.

Assim, o conceito de cidadania se objetiva e se materializa de formas diferenciadas, principalmente em relação às diferentes classes e grupos sociais, fato que também se relaciona ao processo de desenvolvimento democrático específico de cada país.

Por ser um conceito chave para a compreensão das estratégias adotadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica e, ainda, manter-se bandeira de luta tanto do Movimento de Luta Antimanicomial, quanto dos elaboradores e gestores da política de saúde mental, essa pesquisa procurou compreender os elementos normativos que dão sustentação ao conceito de cidadania moderna e sua relação com os processos de lutas e conflitos em prol da afirmação e garantia de direitos da pessoa com sofrimento psíquico.

Isso porque, compreender a origem desse conceito e sua expressão social torna-se determinante para evidenciar em que medida as estratégias adotadas pela política de saúde mental têm contribuído para a construção e garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. Sendo esse elemento o principal objetivo do trabalho.

As políticas públicas se caracterizam por ser a ação do Estado em diálogo ou relação com a sociedade em resposta às demandas e interesses de grupos específicos ou da população em geral de cada país. As políticas sociais, especificadamente, são respostas às demandas de grupos vítimas das desigualdades sociais e, que, para ter suas necessidades básicas atendidas precisam contar com a ação do Estado.

Não se trata de ações assistencialistas, se trata da intervenção do Estado no processo de garantia e efetivação de direitos. A política pública de saúde e de saúde mental é exemplo de resposta do Estado à demanda das classes populares por saúde pública de qualidade, sendo que seus processos constitutivos envolveram embates, lutas e discussões. Nesse processo, a ação da sociedade civil e dos movimentos sociais foi determinante.

A política pública de saúde mental apresentou e, ainda, apresenta como especificidade o fato de voltar-se para um segmento que há muito era alvo de assistência. Contudo, essa assistência era marcada pela privatização, baixa qualidade dos serviços, precárias condições de trabalho e pela violação dos direitos dos usuários.

Após anos de lutas intensas transformações ocorreram, fruto da ação do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Hoje essa política apresenta o compromisso de ofertar uma rede de serviços comunitários que sejam substitutos à tradicional instituição psiquiátrica. Por isso, tem como princípio central a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico, que requer, para além da não internação, um processo de construção de um novo lugar social para a loucura, de modo que os sujeitos possam, em face de suas diferenças, ter seus direitos reconhecidos e assegurados.

Nesse contexto, o conceito de cidadania se tornou fundamental no processo de luta e construção dessa política pública, já que as pessoas com sofrimento psíquico (“os sem razão”)

por sua condição e especificidade foram vítimas de toda a sorte de violação de direitos, não só no Brasil, mas, também, em diversos países do mundo.

Por tudo isso, esse trabalho objetivou analisar a estruturação da política pública de saúde mental do município de Maringá, tanto no que se refere aos serviços e estratégias adotados quanto, e principalmente, como essas ações (representadas por dois serviços: CAPS II e CAPS AD) têm sido instrumentos de garantia de direitos e cidadania dos usuários que atende.

Cidadania aqui foi entendida como a efetivação dos direitos universais (civis, políticos e sociais) e, também, pelo respeito às especificidades e diferenças dessa população. Portanto, não se fala apenas de atendimento à saúde de qualidade, se pensa a política de saúde mental como instrumento privilegiado de (re)inserção social e construção/garantia de direitos.

Assim, o primeiro capítulo traz contribuições para análise dos elementos normativos que dão sustentação ao conceito de cidadania, de modo a evidenciar os valores e as características que o constituem. Isso com objetivo de compreender porque, embora de caráter universal, a cidadania plena é garantida a determinados segmentos e a outros não. Interessa, sobretudo, porque a pessoa com sofrimento psíquico esteve e, ainda, está à margem desse processo social, sendo vítima de diferentes formas de violência e violação de direitos.

Já, no segundo capítulo aborda-se o processo de emergência dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e sua influência no processo de construção da política pública de saúde e saúde mental do país. Esse processo de construção foi analisado com base no referencial teórico da Ciência Política.

No terceiro capítulo foram descritas, em linhas gerais, as características da política de saúde mental a nível nacional, estadual (Paraná) e municipal (Maringá), destacando-se sua atual configuração em termos de serviços e dispositivos de assistência.

Por fim, no quarto capítulo foram apresentados os dados obtidos com as entrevistas e sua análise, informações ordenadas a partir das categorias analíticas construídas.

Destaca-se que o interesse pela política de saúde mental surgiu durante a graduação em Psicologia, mais precisamente no 3º ano, momento em que se teve contato com a assustadora história da assistência psiquiátrica no país. Ter conhecimento da série de violências cometidas contra as pessoas com sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, bem como das ações que emergiram com o objetivo de transformar essa realidade, levou a necessidade da realização de maiores pesquisas nessa área.

A especialização em Saúde Mental e Intervenção Psicológica, finalizada em 2010, permitiu avanços nesse sentido, contudo levou ao surgimento de muitos questionamentos

acerca das características dessa atual forma de assistência, sobretudo, se ela de fato rompia com a lógica manicomial produtora e reprodutora de violência e violação de direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Por isso, a continuidade da pesquisa nesse trabalho.

Com ele espera-se contribuir para a expansão da pesquisa no campo da saúde mental, ao evidenciar as características da implantação da política de saúde mental, em relação ao processo de garantia de direitos e cidadania dos usuários, a partir de uma realidade específica, ou seja, a partir da realidade do município de Maringá.

Essa preocupação se justifica, pois a característica de descentralização da política de saúde mental possibilita a existência de diferentes configurações e modelos de gestão. É na análise das realidades locais que se pode verificar como as diretrizes, normativas e propostas são postas em prática ou não. E com isso identificar as superações e limitações apresentadas, sendo esse processo pressuposto básico para se pensar em estratégias que superem as falhas no modelo de gestão analisado.

METODOLOGIA

Para isso foi adotado o método qualitativo, uma vez que a experiência de implementação da política pública de Maringá foi analisada em detalhes, considerando-se, inclusive, as opiniões e percepções dos gestores e de alguns usuários dos serviços de assistência no que concerne às dificuldades, limitações e resultados alcançados por ela no processo de garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico entrevistadas.

Segundo Berg (2001), as técnicas qualitativas possibilitam que os pesquisadores acessem as compreensões subjetivas dos sujeitos acerca dos fenômenos humanos e sociais. Possibilita, portanto, compreender como as pessoas dão sentido à suas vivências diárias. As técnicas da pesquisa qualitativa utilizadas foram: análise documental e entrevistas individuais.

Antes disso foi realizada uma pesquisa bibliográfica que permitiu compreender o processo de construção do conceito de cidadania e quais os valores normativos que o compõe, os processos determinantes para a emergência da Reforma Psiquiátrica e a conseqüente construção e implementação da política pública de saúde mental brasileira e suas características em âmbito nacional, estadual e municipal. A estruturação dessa política foi discutida sempre em interface com a temática da cidadania e dos direitos das pessoas com

sofrimento psíquico no país. Para obter o número de serviços de assistência a nível nacional, estadual e municipal foram utilizados os bancos de dados do DATASUS.

Em seguida foi adotada a técnica de análise documental que, segundo Richie e Lewis (2003), se caracteriza pelo estudo de documentos já existentes acerca de determinado assunto e, por isso, considerados fontes naturais por que existem independentemente da ação do pesquisador.

Nesse contexto, foram realizadas análises nas legislações referentes à saúde mental para compreender os marcos regulatórios da política. Foram analisados, também, os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo enfatizados os relatórios da I e da IV, de modo a identificar as principais demandas e propostas de cada uma delas, bem como o desenho atual da política e o papel ocupado pela temática da cidadania dos seus usuários nessas discussões.

Com o mesmo objetivo (compreender o eixo das lutas e discussões acerca da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico), foi analisada a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos serviços de Saúde Mental. Tudo isso para identificar os direitos que são reconhecidos e as propostas existentes para assegurá-los nos âmbitos da Reforma Psiquiátrica e da política pública de saúde mental brasileira.

As entrevistas individuais foram realizadas com amostra de usuários de dois serviços especializados de assistência à saúde mental (CAPS AD e CAPS II) do município de Maringá e, ainda, com os gestores dos principais serviços de assistência especializados (CAPS AD, CAPS II, CISAM e Emergência Psiquiátrica) e com a coordenadora da política municipal.

A escolha desse método se deve a possibilidade que ele oferece de acessar as opiniões e concepções subjetivas dos sujeitos. Como afirmam Richie e Lewis (2003), as entrevistas individuais são o método mais utilizado no âmbito da pesquisa qualitativa, justamente porque são instrumentos importantes para fornecer uma investigação detalhada acerca das perspectivas pessoais dos entrevistados.

Foi adotada a técnica de entrevista semi-estruturada, pois como afirma Berg (2001, p. 70):

[...] somewhere between the extremes of completely standardized and completely unstandardized interviewing structures is the semistandardized interview. This type of interview involves the implementation of a number of predetermined questions and/or special topics. These questions are typically asked of each interviewee in a systematic and consistent order, but the interviewers are allowed freedom to digress; that is, the interviewers are

permitted (in fact expected) to probe far beyond the answers to their prepared and standardized questions¹.

A escolha dessa modalidade de entrevista pode ser justificada pelo fato de que, embora exista um número de questões já definidas, as respostas são abertas e há a possibilidade de intervenções e sondagens à medida que o entrevistador sinta necessidade de explorar mais detalhadamente determinado assunto.

Como foram entrevistados usuários, gestores dos serviços e a coordenadora da política, foram elaborados três questionários, um para cada segmento entrevistado.

O questionário dos usuários (APÊNDICE C) foi composto por questões que possibilitassem caracterizá-los no que se refere ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, entre outros. E, também, compreender o seu histórico de assistência pregressa e atual, o nível de acesso à outras políticas sociais, a vivência social desses sujeitos (atividades sociais e se são ou não vítima de preconceito) e a maneira pela qual os direitos reconhecidos no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental lhes têm sido garantidos ou não.

Já, o questionário da coordenadora da política de saúde mental do municipal (APÊNDICE D) abordou questões referentes à concepção de Reforma Psiquiátrica, às evoluções da política assistencial do município, sua estrutura, os objetivos da política e as principais dificuldades e desafios encontrados para alcançá-los.

Por fim, o questionário dos gestores dos serviços especializados (APÊNDICE E) incluiu questões que abordassem: o histórico profissional desses gestores na saúde pública, concepção sobre Reforma Psiquiátrica, processo de transformações da política de saúde mental municipal, características dos serviços que coordenam e os maiores desafios e dificuldades enfrentadas para o alcance dos objetivos assistenciais.

Como essa pesquisa envolveu a participação direta de seres humanos e, ainda, foi realizada em instituições de saúde públicas municipais, foi necessário submetê-la à aprovação do Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá e do Comitê Avaliador de Pesquisa instituído pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

¹ [...] em algum lugar entre os extremos de estruturas de entrevistas padronizadas e não padronizadas está a entrevista semi-estruturada. Este tipo de estrutura envolve a implementação de uma série de perguntas pré-determinadas e/ou tópicos especiais. Estas questões são tipicamente feitas aos entrevistados em uma ordem sistemática e consistente, mas os entrevistadores têm permissão (na verdade é esperado) de investigar para além das respostas obtidas com as perguntas preparadas e padronizadas.

Devido à necessidade de autorização oficial para o contato com os usuários e gestores, o pré-teste dos questionários ficou restrito ao processo de avaliação de especialistas da área, para tanto contou-se com a colaboração de dois professores do Departamento de Psicologia da UEM que realizam pesquisa na área de saúde mental.

A amostra utilizada para a realização das entrevistas com os usuários foi não-probabilística, já que as pessoas entrevistadas foram selecionadas seguindo alguns critérios considerados importantes para a pesquisa. Segundo Richie e Lewis (2003), esse tipo de amostra é adequado para o estudo aprofundado de pequenos grupos, já que não precisa ser estatisticamente representativa.

Existem diferentes serviços de assistência a saúde mental no município, por isso as entrevistas foram realizadas com usuários de apenas dois deles (CAPS AD e CAPS II), por serem esses os dispositivos centrais da política de saúde mental.

Para a seleção dos participantes desses serviços foram obedecidos alguns critérios, o que tornou a amostra proposital (RICHIE; LEWIS, 2003). Esses critérios foram: usuários que freqüentavam os serviços há no mínimo seis meses, que tinham interesse em responder ao questionário e que garantisse número proporcional de homens e mulheres.

No caso específico da entrevista com gestores, não houve definição de amostra, uma vez que foram entrevistados os gestores dos quatro serviços escolhidos e a coordenadora da política de saúde mental do município.

Para a entrevista com os usuários foi definido previamente o número de doze entrevistados, sendo três homens e três mulheres de cada serviço. Esse número objetivava tornar a pesquisa factível, posto que: a pesquisadora foi ao encontro dos entrevistados (nos serviços); por se tratar de entrevistas abertas que geraria uma grande quantidade de informações e; por ser tratar de uma amostra não probabilística.

No total foram realizadas dezessete entrevistas, sendo doze com usuários, quatro com gestores e uma com a coordenadora da política do município.

A escolha dos usuários entrevistados se deu a partir de fontes existentes nos serviços de assistência. Feito o contato com as equipes, foi informado o número de participantes e apontado os critérios de escolha. Feito isso, os técnicos dos serviços convidaram os usuários, àqueles que consentiram participaram da pesquisa.

Para a análise das informações obtidas com as entrevistas foram construídas categorias analíticas (a partir do referencial teórico) e categorias empíricas e operacionais, obtidas a partir do contato com os dados que representam relações e representações do grupo

em questão. O eixo central desse processo foi identificar os direitos que são garantidos e fomentados no âmbito dos serviços de saúde mental pesquisados.

Para isso, foram utilizados como textos de base para a comparação da relação entre direitos reconhecidos e direitos garantidos: a Carta de Direitos de Usuários e Familiares de Serviço de Saúde Mental (ANEXO A) e a síntese do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (APÊNDICE B).

Para a análise das entrevistas com os usuários foram adotadas as categoriais gerais e subcategorias como segue no quadro abaixo:

Assistência a Saúde Mental	Qualidade de Vida e Participação Social	Direitos e Cidadania
Avaliação da Assistência Pgressa.	Inserção no mundo do trabalho.	Direitos Garantidos nos serviços de saúde mental.
Avaliação da Assistência Atual.	Atividades de lazer.	Direitos violados nos serviços de saúde mental.
Ações intersetoriais entre a política de saúde mental e demais políticas públicas.	Participação em grupos, associações, dentre outros.	Papel da Assistência à Saúde Mental na construção/garantia da cidadania dos usuários.
	Situações de discriminação e exclusão social.	

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com usuários.

No que se refere às entrevistas com os gestores dos serviços, as categorias e subcategorias utilizadas foram:

Reforma Psiquiátrica e as transformações na Política de Saúde Mental de Maringá	Características e Condições Gerais dos Serviços
Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica	Articulação dos serviços com outras políticas sociais
Principais mudanças na rede assistencial do município	Recursos físicos e humanos
	Principais desafios enfrentados

Quadro 2 – Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com gestoras.

E por fim, para a análise da entrevistas com a coordenadora da política municipal, foram estabelecidas as seguintes categorias e subcategorias:

Reforma Psiquiátrica e as transformações na Política de Saúde Mental de Maringá	Características e Condições Gerais da Política
Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica	Articulação com as demais políticas públicas do município
Principais mudanças na rede assistencial do município	Estrutura da política (serviços e recursos humanos)
	Principais desafios enfrentados

Quadro 3 – Categorias e subcategorias de análise – entrevistas com a coordenadora da Política de Saúde Mental.

O discurso dos entrevistados foi organizado a partir dessas categorias, sendo utilizados trechos na íntegra para ilustrar as discussões e análise feita.

Enfim, segue o resultado desse trabalho. Espera-se que de algum modo as discussões teóricas e analíticas aqui realizadas, contribuam para futuras reflexões acerca dos “caminhos” percorridos pela política pública de saúde mental rumo à garantia de direitos dos usuários.

1 CIDADANIA E SUA RELAÇÃO COM A LOUCURA

Esse capítulo tem como objetivo analisar as dimensões do conceito de cidadania, não com a pretensão de esgotar as discussões sobre a temática. Trata-se de um delineamento dos principais fatores que contribuíram para a construção e desenvolvimento desse conceito que é central para a Reforma Psiquiátrica e para a política de saúde mental brasileira.

Por isso, o capítulo é composto por três partes. Na primeira são abordados alguns determinantes político-sociais que possibilitaram o surgimento e a normatização do conceito de cidadania. Fala-se, ainda, da importância dos movimentos sociais para a expansão do conceito à medida que traz à tona a importância de incluir no processo de disputa as demandas específicas de minorias e grupos.

Na segunda parte, aborda-se a escala valorativa e moral que dá sustentação ao modelo de homem moderno ao qual é reconhecida a condição de cidadania e garantia de direitos. Com isso, se evidencia que àqueles que fogem a esse modelo não possuem esse reconhecimento social, sendo mantidos na de não cidadania. Entre esses indivíduos e grupos destaca-se a pessoa com sofrimento psíquico.

Por fim, na terceira parte discute-se como o conhecimento produzido pela Psiquiatria legitimou a condição de não cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, sendo abordada a série de violação de direitos produzida pela assistência recebida nos hospitais psiquiátricos do Brasil e do mundo. Fala-se, também, da emergência do Movimento de Reforma Psiquiátrica contra essa forma de assistência e o desafio que se lhe apresenta quando do reconhecimento da centralidade da temática da cidadania nos processos de transformações assistenciais e sociais para com a loucura.

1.1 CIDADANIA: A DISPUTA POLÍTICA PELA IGUALDADE E PELA DIFERENÇA

Ser cidadão na Modernidade Ocidental significa possuir ou fazer valer social e juridicamente uma série de direitos civis, políticos e sociais, sendo que a posse de todos eles caracteriza a cidadania plena. A ausência de algum desses direitos torna a cidadania incompleta e a ausência de todos eles transforma os indivíduos em não-cidadãos (CARVALHO, 2004).

De acordo com Marshall (1967), essas três dimensões (civil, política e social) correspondem progressivamente ao processo de evolução desse conceito. E por se tratar de um processo evolutivo, ele considera momentos históricos diferentes para a emergência de cada dimensão.

Ao fim do século XVII e ao século XVIII, marcados pelas influências da Revolução Inglesa e da Independência dos Estados Unidos, atribuí-se a emergência dos direitos civis. Já, ao século XIX e as influências da Revolução Francesa, atribuí-se a emergência dos direitos políticos e ao século XX, por sua vez, a constituição dos direitos sociais.

Para Marshall (1967), a emergência desses direitos e o seu acréscimo ao conceito de cidadania deram-se de forma linear e progressiva, o que sugere que os direitos políticos só se tornaram realidade quando os direitos civis já estavam estabelecidos e, desse modo, os direitos sociais só puderam ser reconhecidos quando os direitos políticos já existiam.

Contudo, Carvalho (2004) ao analisar a construção da cidadania brasileira, destaca que esse processo linear não pode ser concebido como universal, uma vez que refere-se a uma realidade específica, qual seja a realidade inglesa. Para ele, existem formas diferenciadas de construção e expressão da cidadania, tal como ocorrido no Brasil.

Hirschman (1995) acrescenta outra crítica ao processo evolutivo e linear do conceito de cidadania proposto por Marshall. De acordo com ele:

Marshall omitiu qualquer menção às poderosas ‘ondas’ reacionárias que avançaram uma após a outra, bloqueando cada uma das sucessivas ampliações do conceito de cidadania; ignorou também a possibilidade de que tais ampliações pudessem ser de diversas maneiras mutuamente conflitivas (HIRSCHMAN, 1995, p. 77).

Para esse autor, a cada dimensão do conceito de cidadania que se pretendia garantir, seguiram ondas de críticas e processos conflitivos que expressavam os interesses opostos de grupos e classes. Ele defende, ainda, que a evolução do conceito de cidadania não foi um processo somatório, já que a inserção de novos direitos era, em alguns aspectos, ameaçadora e oposta aos direitos já garantidos e institucionalizados.

Portanto, nesse trabalho compactua-se com essa visão e se concebe a construção do conceito de cidadania inserida no campo da disputa política, apresentando as características do momento histórico e das sociedades na qual essas disputas ocorrem.

Isso porque, falar da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, sobretudo no âmbito da política pública de saúde mental, significa considerar uma série de processos de lutas pelo respeito e pela especificidade dessas pessoas enquanto cidadãs. Significa, portanto,

compreender que essa luta volta-se pela garantia de direitos universais e já institucionalizados e pela institucionalização de direitos específicos a esse segmento social.

Não se pode considerar que o conceito de cidadania chegou ao ápice de seu desenvolvimento e implementação. Diariamente indivíduos, grupos e movimentos se organizam e se inserem em espaços de disputa política em prol da garantia de direitos, fato que sugere a transformação constante desse conceito.

Marshall (1967) define o conjunto de direitos que compreendem cada dimensão do conceito de cidadania. Segundo ele, os direitos civis estão relacionados à liberdade individual e referem-se ao direito de ir e vir, à fé, ao pensamento, à propriedade, à justiça e à liberdade de imprensa. Já, os direitos políticos referem-se à liberdade de expressar-se politicamente, organizar-se, votar e ser votado. E por fim:

O elemento social se refere a tudo que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (MARSHAL, 1967, p. 63-64).

Aos direitos sociais podemos atribuir o acesso à educação, saúde, trabalho, moradia, entre outros.

O progressivo desenvolvimento da Ciência e a centralidade que a razão adquire na vida dos homens são processos importantes para a legitimação da igualdade enquanto direito natural. É a partir dessa concepção de igualdade natural entre os homens que se iniciam nos países ocidentais as lutas pela institucionalização de direitos universais.

No Brasil o processo de construção e implementação da cidadania ganhou contornos mais nítidos e expressivos a partir da redemocratização do Brasil. A Constituição de 1988 representou um marco histórico no processo de garantia de direitos.

Para Carvalho (2004), o primeiro elemento da cidadania garantido no Brasil foram os direitos sociais, em seguida os direitos políticos e, ainda hoje, tenta-se implementar efetivamente os direitos civis, o que contradiz a seqüência (direitos civis → políticos → sociais) descrita por Marshall.

Os movimentos sociais foram atores importantes no processo de construção de nossa cidadania. Para Dagnino (1994), a partir da década de 1980, eles possibilitaram a emergência de uma nova noção de cidadania baseada na luta tanto por direito a igualdade quanto pelo direito às diferenças. Nesse sentido, retoma-se a noção de cidadania enquanto instrumento de

disputa política por interesses e necessidades de grupos e indivíduos diferentes e, mesmo, antagônico. Fato, como já dito, evidenciado por Hirschman (1995).

Se inicialmente a noção de cidadania parte do reconhecimento da igualdade natural entre os homens, ao longo do seu processo de construção e desenvolvimento, o reconhecimento das diferenças entre grupos e segmentos sociais torna-se objeto de luta para a inclusão de novos direitos.

Nos países centrais esse processo se deu a partir da crítica ao que Taylor (2000) denomina de política da igual dignidade, que embasa o conceito clássico de cidadania. A crítica refere-se ao fato de que ao homogeneizar todos os cidadãos, as diferenças são esquecidas e não contempladas politicamente.

Já no Brasil o processo de crítica à universalidade da cidadania e a luta pela política da diferença foi e, ainda é, concomitante ao processo de estruturação e implementação dos direitos universais.

Por isso, os movimentos sociais no Brasil incluíram desde o início na pauta de estruturação da cidadania brasileira as reivindicações universais e as demandas específicas de grupos e minorias organizadas no país.

Segundo Dagnino (1994), essa nova noção de cidadania que inclui a luta pela diferença aprofundou e levou a extensão do conceito de democracia, uma vez que restabelece o nexos entre sistema político e transformações histórico-sociais de cada país.

Por tudo isso, essa nova noção requer sujeitos sociais ativos, principalmente àqueles que se encontram excluídos do acesso aos direitos, ou seja, os “não-cidadãos”. Representa, portanto, uma estratégia de luta que emerge das bases e que possibilita a difusão da cultura de direitos. A frase de ordem é “direito a ter direito”.

Há, portanto, a partir da organização dos movimentos sociais, uma redefinição do conceito de direito, que não se restringe ao acesso aos direitos legalmente instituídos, mas engloba a luta por novos direitos que emergem da vida concreta dos indivíduos e dos grupos.

Para Dagnino (1994, p. 107), tudo isso:

Significa que não há uma essência única imanente ao conceito de cidadania, que o seu conteúdo e seu significado não são universais, não estão definidos e determinados previamente, mas respondem à dinâmica dos conflitos reais, tais como vividos pela sociedade num determinado momento histórico.

Porém, a autora reconhece que o desafio da sociedade brasileira no âmbito da cidadania ainda é o tratamento igual para todos os cidadãos, já que permanece, como também

destaca Carvalho (2004), o acesso diferenciado aos direitos universais, baseados em diferenças de gênero, cor, classe social, escolaridade entre outras.

Pierucci (1994) alerta para um aspecto importante do discurso e do processo de disputa política em torno do conceito de cidadania. Para ele, tradicionalmente a defesa da igualdade e dos direitos universais apresenta-se como características do discurso da esquerda política brasileira, ao passo que o reconhecimento das diferenças como justificativas para a manutenção de privilégios e exclusão social é característica do discurso da direita.

Contudo, afirma Pierucci (1994), as reivindicações progressistas do direito à diferença, atreladas aos movimentos sociais e, atualmente, adotadas pelo discurso da esquerda, aproximam-se muito das posições conservadoras presentes em nossa sociedade e denominada por ele de “conservadorismo popular” (evidente que de modo diverso, o primeiro buscando a garantia de direitos e o segundo justificando a inexistência deles). Ambas as posições defendem o tratamento não igual para os diferentes.

Para ele:

Num momento em que todos nós ouvimos dos movimentos sociais de que participamos, do movimento negro, do movimento feminista, dos movimentos regionalistas, enfim, dos movimentos identitários de todos os tipos, uma série de interpelações no sentido de valorizarmos aquilo que nos diferencia dos outros e de construirmos demandas políticas em cima exatamente dessas diferenças, devemos saber que estamos criando um discurso permeado de componentes usados igualmente pela direita, que atualmente, também é uma direita identitária (PIERUCCI, 1994, p. 146).

Com isso o autor não desconsidera a importância de se pensar a diferença e o direito de todos de serem diferentes uns dos outros. Ele alerta para o fato desse discurso torna-se instrumento de desigualdade no acesso a cidadania quando proposto e executado por um Estado no qual não houve:

[...] realização de projetos socialistas de uma igualdade social material que superasse a mera igualdade jurídica, a mera igualdade abstrata formal, e mesmo a cidadania política no sentido estrito da palavra (PIERUCCI, 1994, p. 147).

Isso ocorre, sobretudo, por conta do pensamento conservador que de modo geral impera em todos os níveis sociais, ambiente propício para que o discurso progressista do direito à diferença seja apropriado para legitimar e justificar desigualdades no acesso a cidadania e no reconhecimento social.

Para esse trabalho se reconhece o importante papel que as demandas específicas das pessoas com sofrimento psíquico tiveram no processo de transformações do modelo assistencial e na atual configuração da política de saúde mental brasileira. Sendo instrumento constante de luta por mudanças.

Contudo, importa compreender também como a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico tem sido assegurada, tanto ao nível dos direitos universais quanto ao nível do respeito à diferença e de que maneira essas duas dimensões dialogam e/ou entram em conflito no âmbito da política de saúde mental brasileira.

Deve-se refletir se as especificidades desses sujeitos não são utilizadas para justificar violências físicas, simbólicas, a manutenção de relações de dependência e o não exercício da cidadania. Isso no âmbito dos próprios serviços, que tem na relação entre técnicos e usuários um instrumento privilegiado de expressão, quanto no âmbito institucional, expresso nos discursos legais e marcos regulatório e, ainda, em âmbito social expresso pela discriminação e exclusão.

Durante toda essa discussão ficou evidente que a cidadania plena, embora concebida em bases da universalidade, é privilégio de alguns poucos indivíduos e grupos e que a luta pela universalidade é paralela à luta pelo direito a diferença no Brasil.

Por isso na seqüência desse trabalho serão descritos os componentes valorativos da cidadania moderna. Dessa cidadania liberal descrita por Marshall (1967) e que tem sido alvo de inúmeras críticas das teorias que defendem a política da diferença.

Isso porque, Segundo Taylor (2000, p. 254), tais teorias denunciam que

[...] o conjunto supostamente neutro de princípios cegos às diferenças é na verdade o reflexo de uma cultura hegemônica. [...] Assim, a sociedade supostamente justa e cega às diferenças é não só inumana (porque suprime identidades) mas também, de modo sutil e inconsistente, altamente discriminatória.

Essa discriminação volta-se para todos que desviam do modelo de homem sob o qual foi construído o conceito e para o qual é garantida a cidadania e, portanto, concedido e assegurados direitos. Acredita-se, assim, que os valores morais e éticos que compõem o modelo de cidadão moderno são elementos discriminatórios por excelência e, portanto, responsável pela existência de “não-cidadãos” ou “sub-cidadãos”².

² O termo sub-cidadão é utilizado por Jessé Souza no livro: “A Construção Social da Subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica”.

1.2 CIDADANIA E SUA INTERFACE COM A CONSTRUÇÃO DA MORAL E DO CONCEITO DE DIGNIDADE NAS SOCIEDADES MODERNAS OCIDENTAIS

O desenvolvimento das sociedades modernas centrais é, por muitos autores, localizado na forma de pensar e agir dos indivíduos que as constituem. Esse modelo de subjetividade e de conduta, para ser efetivo no âmbito da organização social, precisa ser partilhado, legitimado pelas instituições sociais e se expressar na cultura desses países.

A subjetividade moderna, ou seja, os valores que norteiam a conduta dos homens nas sociedades ocidentais, só pôde ser forjada à medida que esses homens passaram a adotar uma conduta racional com relação à natureza.

Foi necessário, também, como afirma Weber (2004), a emergência da Reforma Protestante e com ela a valorização do trabalho como elemento central para a salvação e para a transformação da relação homem/natureza.

A Reforma Protestante, segundo esse autor, possibilitou o desenvolvimento do espírito protestante, marcado pela necessidade do sucesso no trabalho (empreendedorismo) e na capacidade de controlar todos os impulsos, vivendo na polidez e na perseverança. Desse modo, a ética religiosa passou a exigir dos homens autocontrole e autodisciplina, considerados as novas fontes de salvação.

Uma nova subjetividade humana é forjada, constituída com base na valorização da ação racional e da dominação instrumental da natureza, do mundo e das relações. Taylor (citado por SOUZA, 2000), afirma que a Reforma Protestante permitiu a construção de uma hierarquia valorativa da auto-estima e do reconhecimento social pautada na razão e na ética para o trabalho.

Nesse contexto, Taylor (1993) defende que a dominação racional do mundo estabelece nova concepção de virtude e dignidade humana, baseada nas capacidades racionais internas de dominação e controle da natureza e das relações sociais. Se na antiguidade a glória e a fama eram os pressupostos para a valorização e reconhecimento social, agora a fonte de dignidade será a capacidade interna de controlar instintos e atuar de forma calculada e racional no mundo.

Essa concepção para o autor, baseada, sobretudo, nas idéias de Descartes, concebe os indivíduos como descontextualizados e independentes de fatores estruturais externos, já que toda a sua ação depende unicamente de uma racionalidade pré-existente. Os homens são

pensados como auto-recriadores de si mesmos e de normas e hábitos a serem seguidos (SOUZA, 2003).

Todas as suas ações são pensadas como formas de obtenção de valor e reconhecimento para si mesmo. Assim, é o autovalor a mola propulsora para a transformação da realidade e para o compromisso com a virtude. Nesse sentido, a disciplina se torna o principal fator da organização social, sendo que os indivíduos podem ser moldados por ações metódicas e disciplinadoras.

Para descrever essa forma de subjetividade moderna, Taylor (1993) cria a noção de *Self Pontual* ou “neutro”, representado pela crença nas capacidades racionais humanas de se auto-recriar com orientação interna (pré-existente) para a ação externa, o que, além da vontade humana, exige a atuação de instituições disciplinadoras e treinamento social.

Para Souza (2003), a noção de *Self pontual* empreendida por Taylor corresponde ao ideal de auto-responsabilidade, que, juntamente com as noções de liberdade e razão, ressignifica o conceito de dignidade. Ser digno, portanto, é agir de forma racional e disciplinada com base em valores que são naturais aos homens modernos. Assim, os homens serão diferenciados a partir desses critérios, sendo alguns considerados dignos e outros não.

É para esse modelo de homem, com virtudes racionais que lhes são naturais, que se garantem direitos e se constrói o conceito de cidadania. O reconhecimento social é necessário, segundo Taylor (2000), à construção da identidade. Para ele, correntes contemporâneas da política cada vez mais enfatizam a importância do reconhecimento nesse processo. Isso por que:

[...] nossa identidade é moldada em parte pelo reconhecimento ou por sua ausência, freqüentemente pelo reconhecimento *errôneo* por parte dos outros, de modo que uma pessoa ou grupo de pessoas pode sofrer reais danos, uma real distorção, se as pessoas ou sociedades ao redor deles lhes devolverem quadros de si mesmas redutor, desmerecedor ou desprezível. O não-reconhecimento ou o reconhecimento *errôneo* podem causar danos, podem ser uma forma de opressão, aprisionando alguém numa modalidade de ser falsa, distorcida e redutora (TAYLOR, 2000, p. 241).

Se considerarmos que existe um modelo específico de homem que merece reconhecimento social, para o qual se atribuí dignidade universal e, por isso, institucionaliza-se e garante-se direitos, o que fazer com aqueles que não se enquadram nesse modelo por apresentar diferenças?

Esse parece ser o dilema pelo qual passam as sociedades modernas, haja vista que uma série de críticas vem sendo realizada à política da igual dignidade, ou seja, à política da

dignidade universal que reafirma a universalidade de subjetividades e padrões de comportamentos e que, por isso, desconsidera as diferenças.

A forma de lidar com as diferenças tem sido baseada em práticas excludentes e legitimada por meio da naturalização de fenômenos sociais, culturais e econômicos. A não adesão aos valores e modelos exigidos na modernidade pressupõe indivíduos desnecessários, desviantes e, portanto, não merecedores das benesses que a categoria universalizada de cidadania assegura, tal como a garantia e o respeito aos direitos básicos necessários à vida digna.

É nesse contexto que teorias e movimento sociais, como já dito, lutam a favor da política da diferença que considere as especificidade e autenticidade de indivíduos, grupos e culturas.

As pessoas com sofrimento psíquico são minorias, que por sua diferença foram durante décadas destituídas de seus direitos básicos. Isso porque, a condição dessas pessoas, que são concebidas socialmente como destituídas da racionalidade inerente ao homem moderno, as torna não dignas e não portadoras de direitos.

O sofrimento psíquico, antes denominado de loucura, assim como outras diferenças, apresenta-se como desvio do modelo socialmente aceito de conduta, que pressupõe uma série de comportamentos e valores compartilhados por toda a sociedade.

Becker (2008) define o desvio como a infração de alguma regra geralmente aceita por um grupo. Essa regra pode ser tanto formal (leis), e por isso ter sua obediência garantida pelo o Estado, quanto informal e ter sua obediência garantida pelos membros do grupo.

A loucura tornou-se desvio quando foi estabelecido o modelo de subjetividade moderna necessária ao capitalismo e herdeira da Reforma Protestante. Para aqueles que não possuem tal subjetividade o desvio moral e a má vontade para aderir aos valores e modelos de condutas torna-se explicação fácil. Contudo, devemos considerar que essa suposta subjetividade inata e todos os valores morais e normativos que a compõem são construções datadas historicamente e representam o pensamento dominante dessa época.

Para grande parte da população mundial, com vidas marcadas pela pobreza, exclusão e violação de direitos, a subjetividade moderna, que tem na vida material condição de existência, não é acessível e nem tão pouco significativa.

Sabe-se que uma regra só é legítima quando respeitada pela maioria dos indivíduos e sobre isso Becker (2008, p. 28) diz que: “Embora se possa afirmar que muitas regras ou a maioria delas conta com a concordância geral de todos os membros de uma sociedade, a

pesquisa empírica sobre uma determinada regra, em geral revela variação nas atitudes das pessoas”.

Para autor, o que motiva uma pessoa a infringir uma regra, não é necessariamente o impulso para fazê-lo, mas sim a ausência ou a fragilidade dos compromissos estabelecidos com tal regra e com as instituições sociais que a regulamenta.

Para que um comportamento seja tido como desviante ele precisa ser julgado e rotulado como tal. Segundo Becker (2008, p. 22):

[...] o desvio *não* é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um ‘infrator’. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso, o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal.

Em síntese, o desvio é criado pela reação de pessoas a tipos particulares de comportamentos que são rotulados como infrações às regras, sendo que essas regras são criadas e mantidas por imposição e, portanto, não são universalmente aceitas. Regras são frutos, sim, de conflitos e do processo de disputa política da sociedade.

De acordo com Becker (2008), o comportamento desviante pode dar origem a padrões de comportamento que se desenvolvem em uma seqüência ordenada dando origem a uma carreira desviante. Goffman (1974) define carreira como qualquer trajetória seguida por uma pessoa durante sua vida.

E para compreender esse fenômeno, Becker (2008) inclui a noção de “contingência de carreira”, definindo-a como fatores objetivos (sociais) e subjetivos (motivações) que determinam a mobilidade de uma posição para outra dentro de uma carreira.

A rotulação como desviante origina transformações importantes na participação social mais ampla, na identidade e na auto-imagem do desviante. O tratamento social acaba funcionando como profecia auto-realizadora, à medida que passa a confirmar o rótulo e a reforçar uma série de comportamentos que levam o sujeito a avançar na carreira desviante.

Esse processo ocorre com as pessoas com sofrimento psíquico, assim como com grupos que apresentam diversas outras diferenças (gênero, etnia, cor, opção sexual, entre outros). Por isso, o processo de luta pela inclusão das especificidades e diferenças na definição de políticas públicas e na construção de marcos legais se torna determinante para o rompimento de relações que reproduzem rótulos, violência e violação de direitos.

No caso específico da loucura, o comportamento desviante acaba por sobrepujar toda a identidade do sujeito, sendo que o *status* desviante subordina todos os outros. O trecho que

segue, contendo parte de um diálogo entre os personagens Teddy Daniells (T) e Rachel Solando (R) do filme *A Ilha do Medo* (2010)³ ilustra essa realidade:

R: – Acha que sou maluca?

T: – Não.

R: – E se disser que não sou? Não vai ajudar muito, não é? É o lado Kafikiano disso. Dizem ao mundo que você é maluco e todos os seus protestos só confirmam o que eles dizem.

T: – Não estou entendendo.

R: – Quando o declaram doente mental tudo o que você faz é visto como parte dessa doença. Protestos plausíveis são “negação”. Medos autênticos, “paranóia”.

T: – Instintos de sobrevivência são “mecanismos de defesa”.

Esse diálogo retrata as conseqüências de um diagnóstico de doença mental para a vida do sujeito. Todas as suas necessidades, todos os seus desejos e toda a sua ação no mundo passam a ser interpretadas como sintomas da doença.

A pessoa que infringe uma regra importante é considerada como

[...] alguém que é diferente de nós, que não pode ou não quer agir como um ser humano moral sendo portanto capaz de infringir outras regras importantes. A identificação desviante torna-se a dominante (BECKER, 2008, p. 44).

A infração da pessoa com sofrimento psíquico é da ordem da não submissão à razão, da não submissão ao processo produtivo alienante, da não submissão às normas e regras de controle social. E, ao ser rotulado por seu desvio é punida com um diagnóstico de doença mental, com a submissão a uma série de práticas assistências cronificantes e tutelares e com a perda do *status* de cidadão livre (GOFFMAN, 1974).

A punição se estende a vida social, à medida que, na maioria dos casos, a pessoa com sofrimento psíquico é impedida de participar de alguns dos grupos formais aos quais pertencia (trabalho, comunidade, entre outros). Essa forma de tratamento social tende a produzir desvio crescente, uma vez que seus atos serão sempre julgados a partir da identidade de doente mental. Portanto, o avanço na carreira é conseqüência da reação pública ao desvio e não um efeito dos benefícios do ato desviante.

³ Filme dirigido por Martin Scorsese (2010) que retrata a realidade de um hospital psiquiátrico e as práticas utilizadas pela Psiquiatria para o “tratamento” dos pacientes.

Quando pensamos na loucura e no doente mental logo nos vem à mente uma série de características e comportamentos vinculados a esse rótulo, tais como: agressividade, violência, falta de controle, excentricidade etc. Todas essas características são usadas para definir o sujeito e a sua participação na vida social ampla.

A Ciência Psiquiátrica foi determinante para a construção do rótulo da loucura, à medida foi responsável pela produção de conhecimentos que permitiu “identificar” o desvio, bem como as formas de “tratá-lo” e/ou “eliminá-lo”. Teve como compromisso social identificar as subjetividades que desviavam e por isso não contribuía para o desenvolvimento social moderno.

Assim, a assistência psiquiátrica que passou a ser destinada ao louco, sobretudo no século XIX, foi determinante para construção da representação social da loucura que legitima formas de tratamento permeadas por violência e violação de direitos em todos os níveis (social e institucional). É a partir dessa forma de tratamento e não reconhecimento social de sua dignidade que as pessoas com sofrimento psíquico constroem sua identidade.

1.3 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E A NÃO CIDADANIA DOS LOUCOS

Durante décadas a loucura foi aprisionada em instituições antes destinadas aos leprosos e sífilíticos. Esse aprisionamento iniciado no século XVII foi fruto da vinculação entre loucura e marginalidade, que exigia medidas que retirassem do espaço social àqueles representassem risco a ordem social nascente (FOUCAULT, 2003).

Nesses espaços encontravam-se, além dos loucos, delinquentes, desempregados e marginais que, sob a defesa da necessidade de assistência mínima, eram mantidos longe do convívio e do espaço social. Acorrentados, em função de sua suposta agressividade e falta de controle, esses indivíduos viviam ali as mais variadas formas de violência.

Com o advento do Iluminismo e o desenvolvimento das ciências, a Psiquiatria toma para si a responsabilidade e o poder sobre a loucura. A experiência que melhor exemplifica essa transformação é a do médico francês Phillipe Pinel, que ao assumir a direção do hospital Bicêtre na França em 1793, empreende importantes modificações na forma de assistência oferecida aos alienados.

Pinel foi o precursor no tratamento científico da loucura. Para ele, os asilos eram os espaços por excelência para o tratamento e a cura das doenças mentais, já que a condição de

isolamento era fundamental para que o doente pudesse ser tratado e, assim, tivesse sua racionalidade restituída. A condição de ser racional representava (e ainda representa) a condição para a manutenção da liberdade plena e para a garantia de direitos.

Segundo Amarante (1996, p. 46), Pinel adotou a concepção hegeliana de alienação mental marcada pela centralidade da consciência e da moralidade (ou falta delas) no processo de adoecimento. Segundo o autor, Hegel define a loucura como a “[...] subversão da hierarquia interna na qual a consciência ordena o universo sensitivo, ideativo e volitivo”.

A importância da racionalidade como fonte da conduta humana teve seu ápice em Descartes, tendo ele sido fonte de inspiração para diversos outros pensadores. Assim, a definição do sujeito pelo atributo da razão e do pensamento se expressa também na teoria hegeliana da loucura.

Para Birman (1992, p. 76):

[...] a hegemonia da razão na constituição do sujeito e na regulação do *cogito* implicou a colocação da *desrazão* na exterioridade do sujeito, já que o estabelecimento da retitude da razão implicava forçosamente o afastamento dos perigos representados pelo 'gênio maligno'.

Na concepção teórica de Hegel, o que levava a subversão da razão nos loucos eram os sentimentos egoístas do coração, tais como: vaidade, orgulho, amor, ódio (AMARANTE, 1996).

Assim, qualquer homem (principalmente os pobres) que se deixasse dominar excessivamente pelos sentimentos e que, portanto, desviasse da conduta racional, empreendedora e produtiva definida como normalidade, era visto como amoral e, em muitos casos, alienado.

Com a adoção dessa concepção, Pinel concebe o tratamento da doença mental como uma forma de reeducar a mente alienada, entende-se, moralizá-la e torná-la menos sensível às paixões humanas, de modo a restituir a razão e o domínio das vontades.

A partir disso, toda uma série de técnicas e ações foram desenvolvidas pela psiquiatria e ainda hoje, em certa medida, são reproduzidas com o intuito de tratar moralmente a pessoa com sofrimento psíquico. O isolamento social do louco, sob a justificativa de que os estímulos externos (má educação, miséria, promiscuidade etc.) são fatores determinantes no processo de adoecimento, mantém-se viva.

Além do isolamento, práticas como lobotomias, choques-elétricos e, atualmente, à medicalização excessiva, foram legitimadas e tornam-se promessas de melhora e de cura.

Algumas delas foram abandonadas, mas a idéia de que o louco precisa ser moralizado, entende-se “curado”, e reconduzido a razão parece vigorar.

Isso porque, a razão é tida como característica naturalmente humana e por isso, ausente naqueles que não apresentam a “força” ou a “formação ética” necessária para submeter seus instintos e paixões à consciência e ao pensamento. Ou seja, o *self* pontual dos loucos, como nos diria Taylor, parece ter sucumbido à irracionalidade, vinculada por muitos à animalidade e ao não humano.

Talvez isso justifique as cordas, as correntes, as camisas de força, os sedativos e todos os instrumentos utilizados para silenciar a voz daqueles que representam o retrocesso na evolução humana moderna. Justifica, sobretudo, o não reconhecimento social da cidadania desses sujeitos que sofrem a violência da morte subjetiva no cotidiano de suas vidas ao serem excluídos e silenciados.

Birman (1992, p. 74) resume a situação da loucura nas sociedades modernas com a seguinte afirmação:

[...] transformada na figura da enfermidade mental, a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituída da razão, de forma que como ser alienado de sua razão o louco não era considerado como sendo propriamente um sujeito. [...] não era representado como sendo igual aos demais cidadãos, não podendo então associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social.

A maneira como a população e as instituições brasileiras têm se relacionado com a loucura percorre um caminho muito parecido com o caminho Europeu. Foi a partir do contato de médicos brasileiros com as concepções teóricas de Pinel, Esquirol, Lombroso, Kraepelin, dentre outros, que a loucura torna-se objeto da medicina no país. Isso porque, como afirma Engel (2001), o louco ao lado dos operários, das prostitutas, dos criminosos e desempregados, seria alvo privilegiado do projeto político de normalização do espaço urbano e do ambiente social.

A medicina se incumbiu do processo de higienização do espaço social e da eugeniação da população. Foi nesse contexto que a Psiquiatria tornou-se o saber especializado sobre a loucura e os médicos alienistas brasileiros exigiram a criação do primeiro hospício do país, o que ocorreu em 1852, ainda no Império, com a inauguração do Hospício Pedro II na cidade do Rio de Janeiro.

Os alienistas brasileiros também compartilhavam da concepção de que os alienados estavam despossuídos da razão e por isso próximo à animalidade, o que justificava a retirada do direito à liberdade (internação) e o poder dos médicos sobre seus corpos e suas vidas.

A maneira tranqüila com que a sociedade brasileira, assim como grande parte das sociedades ocidentais, concebeu e aceitou o aprisionamento e a retirada dos direitos civis dos loucos em um período que a luta por esses direitos dominava o cenário político-social desses países está relacionada à vinculação do louco com a não razão e com o não humano.

Como mencionado, o conceito de cidadania foi construído para abranger um modelo específico de homem, no qual a razão e a ética pelo trabalho deveriam ser os elementos dominantes, por isso:

[...] o seqüestro dos verdadeiros doentes mentais e sua reclusão em estabelecimentos especiais era perfeitamente legítima, já que, incapazes e perigosos, estes não poderiam estar inclusos na categoria de cidadãos aos quais os princípios do liberalismo assegurava o direito à liberdade (ENGEL, 2001, p. 269).

Os manicômios surgem como estratégia principal de tratamento da loucura. O poder político e social da Psiquiatria na definição de regras de conduta anormais e sintomas de doenças, associada ao aumento da pobreza, levou ao crescente aumento da população manicomial em todo mundo. O que tornava o atendimento nos hospícios cada vez mais precário, seja por falta de recursos, seja por carência de médicos e profissionais qualificados.

Essa realidade foi uma crescente, e diante desse cenário passaram a vigorar práticas assistenciais disciplinares, violentas e punitivas que confundiam-se com técnicas curativas.

Para Goffman (1974) esses procedimentos objetivavam o controle de grande contingente de pacientes por uma equipe reduzida e, não, a “cura” ou melhora do paciente. Banhos frios associavam-se a castigos físicos e as oficinas de trabalho manual à formas de disciplinarização do corpo.

Tudo isso levou ao surgimento de críticas a esse modelo assistencial em todo o mundo. No Brasil, essas críticas culminaram na emergência do Movimento de Reforma Psiquiátrica e na constituição de um novo modelo assistencial.

Toda essa discussão se insere nesse trabalho por evidenciar que no momento em que as transformações econômicas, políticas e sociais que possibilitaram a emergência e a evolução do conceito de cidadania estavam em pleno curso, às pessoas com sofrimento psíquico eram excluídas do convívio social, permanecendo à margem de todo esse processo.

Por tudo isso, Birman (1992) evidencia o paradoxo da cidadania do doente mental. Esse paradoxo é fruto da concepção da doença mental no âmbito da psiquiatria e, conseqüentemente, no âmbito do espaço social e cultural moderno e se resume na negatividade da cidadania do doente mental, já que a garantia de assistência oferecida pelo Estado nos hospitais psiquiátricos, implicava na destituição de direitos como: liberdade, condução da vida econômica, convívio social, participação política etc.

É nesse sentido que o autor afirma que a cidadania plena das pessoas com sofrimento psíquico não foi considerada de fato, ao menos até meados do século XX, quando o saber psiquiátrico passa a ser questionado e quando práticas assistências substitutivas aos manicômios passam a ser desenvolvidas em diversos países do mundo. A partir dessas novas experiências é que a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico torna-se objeto central.

A Reforma Psiquiátrica brasileira assume a importância da centralidade do debate sobre a questão da cidadania do doente mental. E para isso o Movimento tratou de resgatar sua positividade ao conceber que a dívida social com a loucura estava baseada no desrespeito para com sua condição de cidadania. Nesse sentido, Birman (1992, p. 72) afirma:

[...] o enfermo mental seria positivamente um cidadão que não foi reconhecido devidamente pelo Estado brasileiro, constituindo-se então a *privação* e a sua conseqüente *condição negativa de cidadania*, que caberia ser politicamente resgatada pelos movimentos sociais do campo de saúde mental.

Essa concepção foi importante, pois colocou a questão em discussão. Contudo, para o autor, ela é equivocada, já que não se pode resgatar àquilo que nunca existiu. O diagnóstico de doença mental colocou os loucos na categoria de não cidadãos, por isso eles nunca foram reconhecidos como tal. Não se pode resgatar algo que nunca atribuiu-se.

A construção da cidadania do doente mental é para Birman (1992) o maior desafio da Reforma Psiquiátrica no Brasil, já que não se trata de resgatar uma positividade existente, mas trata de construí-la por meio de práticas que garantam a participação ativa desses sujeitos em todo o processo de assistência e, principalmente, no convívio social e na garantia de direitos.

Por isso, a Reforma Psiquiátrica não se restringe às transformações no plano assistencial, mas se refere, sobretudo, ao estabelecimento de outro lugar para a loucura no espaço jurídico, cultural e social. Para isso, práticas sociais tutelares, violentas (física e simbolicamente) e excludentes, que dão base à visão estigmatizada da loucura, enquanto amoralidade e enquanto não-humanidade e não-cidadania, não podem mais existir.

À loucura não resta apenas reivindicar direitos construídos sob a égide da racionalidade, produtividade e do empreendedorismo, implica sim ma luta pelo respeito às diferenças e especificidades da condição das pessoas com sofrimento psíquico como sujeitos políticos e sociais.

A importação de “artefatos prontos”⁴ (aqui representados pelo modelo de homem e cidadãos que deve ser valorizado) dos países centrais, tornou todas as outras formas cidadania estanhas ou incompletas. Desse modelo são excluídas as diferenças tanto individuais e/ou grupais, quanto às diferenças de ordem histórico-social de cada nação.

Não se trata de desconsiderar os avanços e influências que esses países tiveram na construção do conceito de cidadania e na institucionalização de direitos universais, avanços muito importantes para o combate às desigualdades a nível mundial. Trata sim de questionar os limites desses direitos quando voltados para modelos específicos de homens e de sociabilidades.

Por isso, conhecer o início do processo de construção da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico iniciada com o questionamento da Psiquiatria e da prática manicomial a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica e dos movimentos sociais que lhe deram origem nas décadas de 1970 e 1980, são fundamentais para compreender como essa temática ganhou contornos e tem se materializado no âmbito da política pública de saúde mental do nosso país. Reconhecendo que esse processo não se deu de forma natural e pacífica, mas foi fruto da luta e disputa política que prevalece até hoje.

⁴ Expressão de Weber utilizada por Souza (2000).

2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesse capítulo serão abordadas as características e os resultados alcançados por dois movimentos que foram determinantes para a construção da política pública de saúde mental brasileira, são eles: o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Compreender a política de saúde mental pressupõe, portanto, conhecer esses movimentos. É isso que se pretende com esse capítulo, já que a característica da política de saúde mental do município de Maringá está em estreita relação com determinantes da política de saúde e de saúde mental nacionais.

O movimento de Reforma Sanitária possibilitou a reconfiguração da assistência à saúde no Brasil. A partir do estabelecimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou realidade a oferta universal de serviços públicos em todos os estados e municípios brasileiros. Suas normativas e diretrizes são fundamentais para todas as ações voltadas a garantia de saúde.

A emergência do Movimento de Reforma Psiquiátrica foi possível no contexto de luta pelo o direito a saúde pública. A configuração da atual política de saúde mental deve muito a esse processo e sua gestão e implementação está em consonância com as diretrizes do SUS. Por isso, ambos os movimentos (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica) estão interligados e se determinam.

2.1 REFORMA SANITÁRIA E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Assim como a política de saúde mental, diversas outras políticas sociais ficaram por longo período estagnadas ou apresentando baixa abrangência no país. É nesse contexto que a política de saúde e, posteriormente, a política de saúde mental são estruturadas no país. Elas são resultado de processos de luta por reformas, nos quais estiveram e estão envolvidos muitos interesses e a necessidade de garantir os direitos da população. Os Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica foram atores determinantes nesse processo.

Como resultante da luta pela Reforma Sanitária tem-se início o processo de construção da política de saúde brasileira, terreno fértil que viabilizou o processo de construção da política de saúde mental.

Para compreender o processo de construção e implementação da política pública de saúde e de saúde mental adotar-se-á o referencial teórico da Ciência Política que concebe a política pública como ação do Estado frente às demandas sociais.

Para Lasswell e Lerner (apud RODRIGUES, 2010, p. 37):

Podemos pensar em ciências da política pública como as disciplinas que visam explicar a elaboração da política (policy-making) e seu processo de execução (policy-executing process), além de fornecer dados e interpretações que são relevantes aos problemas da política pública num dado período.

No processo de análise dessas políticas específicas, será adotada a concepção de Migdal (2001) acerca da articulação do Estado com diferentes segmentos sociais na definição de políticas e ações. Ao falar acerca de sua perspectiva, o autor afirma:

[...] we can go beyond simply establishing a balance in scholarship between state and society. We need to break down the undifferentiated concepts of the state – and also society – to understand how different elements in each pull in different directions, leading to unanticipated patterns of domination and transformation. Once we think in more disaggregate terms, we can begin to imagine the engagement of state and society in very different ways from those found in existing theories (MIGDAL, 2001, p. 8).⁵

A partir dessa concepção defende-se que as decisões políticas são permeadas pelos interesses desses diferentes grupos, por meio da sua participação e influências em diversos níveis da administração e deliberação públicas. A política pública, nesse sentido, caracteriza-se pela prevalência dos interesses de um grupo específico sobre os interesses dos demais, apresentando-se, portanto, como a capacidade da sociedade civil de influenciar as decisões do Estado.

O processo de desenvolvimento das políticas em questão foi e é marcado pela disputa política de diferentes seguimentos e atores. Entre eles destaca-se: Usuários, Técnicos, Familiares, Gestores de Saúde, Sociedade Médica, Indústria Farmacêutica, Donos de

⁵ Podemos ir além do simples estabelecimento de um equilíbrio entre Estado e sociedade. Precisamos quebrar os conceitos indiferenciados do Estado – e também da sociedade – para entender como elementos diferentes puxam em direções diferentes, levando a padrões diferenciados de dominação e transformação. Uma vez que ao pensar em termos mais desagregados, podemos começar a imaginar o envolvimento do Estado e da sociedade de maneiras muito diferentes daquelas encontradas nas teorias existentes.

Hospitais Psiquiátricos, Movimentos Sociais, entre outros. Os resultados alcançados resultam do confronto desses interesses, ora convergentes, ora antagônicos.

Outra concepção que será adotada é a de Bachrach e Baratz (1979) que, ao se contrapõem à concepção de política pública como processos democráticos e abertos, relacionam outra variável no processo de decisão política, qual seja: o que o Estado deixa de fazer.

Sob essa análise, interessa não só o que é feito em termos de políticas, mas também a posição do Estado frente às demandas sociais importantes que não são incluídas na agenda. A não ação nessa perspectiva teórica também é ação política e também é resposta aos interesses de classes e grupos.

Os Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica datam das décadas de 1970 e 1980 e são marcados pelo espírito de luta e transformações sociais em prol da redemocratização do país e da garantia de direitos.

Nesse período tem-se o renascimento dos movimentos sociais no país, atores importantes no processo de luta por um Estado Democrático de Direito. Para Yasui (2006), Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica nascem enquanto movimentos sociais.

Até as décadas de 1970 e 1980 do século XX a assistência à saúde no Brasil era marcada prioritariamente pela privatização dos serviços oferecidos. A existência do Ministério da Saúde ao qual, a partir do decreto-lei nº. 200 de 1967, foi atribuída a responsabilidade pela formulação e gestão da política nacional de saúde, não garantia efetividade e planejamento das ações, o que em grande parte era atribuído à escassez de recursos.

Além do que, a assistência, nesse momento, era garantida apenas aos trabalhadores com contratos regidos pelas leis trabalhistas (CLT) e que, portanto, contribuíam para o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Realizada em sua grande parte em instituições privadas, tal forma de assistência apresentava como características: o sucateamento dos hospitais e serviços públicos (por falta de investimento); altos preços pagos por procedimentos; ineficácia de atendimento; e precárias condições de trabalho tanto em hospitais públicos, quanto privados.

Soma-se à precariedade da assistência a grave crise institucional pela qual passava a Previdência Social. Para Amarante (1995, p. 60):

Crise de caráter não apenas financeiro, mas principalmente ético e de modelo de saúde. [...] os investimentos realizados não produzem benefícios minimamente satisfatórios, provocando uma visível insatisfação em alguns

segmentos sociais, gerando críticas de usuários-contribuintes, parlamentares, lideranças comunitárias e religiosas, dentre outros setores da sociedade civil e dos próprios trabalhadores da área da saúde. A ineficiência da aplicação dos recursos é devida, em primeiro lugar, à própria natureza do modelo curativista e assistencialista e, em segundo, ao modelo de compra de serviços privados para a prestação de serviços ‘público’ o que termina por apontar para a necessidade da racionalização dos gastos previdenciários.

Todos esses fatores contribuíram para que, na década de 1980, vários setores da sociedade se organizassem na luta pela Reforma Sanitária. Esse movimento não buscava apenas transformações do modelo assistencial, era também um movimento contra a ditadura. Isso porque o conceito de saúde deixava de vincular-se a ausência de doenças e passava a incorporar fatores sociais, políticos e econômicos.

Iniciada por médicos e profissionais da saúde, a luta obteve apoio de instituições como: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), os movimentos de saúde ligados às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e movimento estudantil (SCOREL apud YASUI, 2006).

Esse movimento político envolveu embates e negociações com o Estado. Inseriu-se em um projeto político-social amplo, recebendo apoio de diferentes movimentos sociais que se organizavam na luta por direitos. Tudo isso reafirma as concepções de Migdal (2001) acerca da influência da sociedade nas decisões do Estado.

Entre as estratégias do Movimento de Reforma Sanitária estavam: a produção crítica de conhecimento, práticas e ações alternativas à política implementada e a ocupação de instituições e cargos públicos. Sobre a última estratégia, Cardoso (1994) destaca que, embora comum entre os diferentes movimentos sociais brasileiros, foi alvo de crítica de seus membros mais radicais por ser entendida como estratégia que facilitava o processo de cooptação dos integrantes por parte do Estado.

Segundo essa autora, a inserção de militantes nas instituições públicas representou uma mudança qualitativa no processo de negociação entre Estado e Movimentos, fator importante para a conquista de diversas transformações nas políticas sociais do país e para implantação do regime democrático.

Para a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, ao menos no início, a presença de representantes em ministérios e órgãos deliberativos foi de extrema importância no processo de construção da política de saúde e de saúde mental. Isso porque, mesmo em seu início esses Movimentos já contavam com integrantes que eram agentes do Estado. Lembrando, que a crítica e a luta por transformações partiram da união entre sociedade civil, técnicos e

dirigentes de instituições de saúde públicas e privadas. Contudo, atualmente, essa vinculação é fonte de críticas em função de experiências negativas, sobretudo, pela excessiva institucionalização dos movimentos fomentada, entre outros fatores, por ela.

Com isso, defende-se que, naquele momento histórico específico, a ocupação de cargos em instituições públicas por membros de movimentos, dentre outras possibilidades, ofereceu maiores garantias de que a participação nos processos deliberativos coadunasse com as necessidades e demandas dos segmentos sociais que representavam.

Após a mobilização social em prol da Reforma Sanitária um passo importante foi dado pelo Estado: o estabelecimento da co-gestão da política de saúde pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), o que tornava ambos responsáveis pelo custeio, implantação e avaliação das unidades hospitalares e serviços de saúde implantados.

Para Amarante (1995), a co-gestão possibilitou a implantação de uma política de saúde pautada no sistema público de prestação de serviços, na cooperação interinstitucional, na descentralização e na regionalização, aspectos defendidos tanto pelo movimento de Reforma Sanitária quanto pelo movimento de Reforma Psiquiátrica.

No auge da co-gestão foi elaborado, em 1982, o plano CONASP, que apresentou como diretrizes principais: a descentralização financeira e executiva; regionalização, hierarquização, universalização dos serviços; e a intervenção forte do Estado na implementação dos serviços. Tais diretrizes se consolidaram e permanecem norteadoras das ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) até hoje.

De acordo com Draibe (1997), é na Constituição de 1988 que o conceito de seguridade social é redefinido, passando a incorporar o acesso à previdência e à saúde como direitos universais. Por isso, nessa mesma Constituição é criado o Sistema Único de Saúde e estabelecidas as diretrizes de seu funcionamento, sendo elas: universalidade do atendimento; uniformidade e equidade de atendimento para toda a população; seletividade e distributividade na prestação dos serviços e benefícios; democratização; regionalização da gestão, entre outros.

Para regulamentar um sistema tão complexo e abrangente quanto o SUS, foram criadas durante mais de vinte anos diversas leis e normas operacionais que foram alterando sua configuração, sendo que as formas de financiamento das ações, bem como a responsabilidade de cada ente federativo dominaram a tônica das disputas e legislações.

A primeira lei que contribuiu efetivamente para a regulamentação do SUS foi a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 1990, que entre outras coisas

[...] define o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas de todos os níveis de governo – com caráter complementar para a iniciativa privada [...] (BARRETO JUNIOR; SILVA, 2004, p. 50).

Nessa lei fica estabelecido um novo conceito de saúde que passa a incluir como fatores determinantes para sua garantia: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Outra característica central do SUS, definida nesse momento, é a descentralização político-administrativa, por meio da qual os municípios são responsabilizados pela atenção integral à saúde e pelas exigências sanitárias ambientais.

Ao governo federal fica a responsabilidade de gerir a política e garantir parte do financiamento e aos governos estaduais fica a responsabilidade de financiamento, o acompanhamento das ações e o incentivo a constituição de redes regionalizadas de assistência.

A NOB-96 estabelece os seguintes modelos de assistência a serem oferecidas pelos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. A última apresentando-se como mais complexa e exigindo mais responsabilidades dos municípios, ao passo que são transferidos mais recursos e devem ser oferecidos atendimentos de maior complexidade.

Contudo, Barreto Júnior e Silva (1994) afirmam que a lógica de descentralização político-administrativa não pôde dar respostas às necessidades de coordenação de serviços intermunicipais e regionais de alta complexidade. Isso porque apenas os municípios maiores oferecem serviços de alta complexidade e, portanto, tornam-se pólos de referência para atendimento regional, o que pressupõe a centralização de serviços e demandas.

Por isso, é implementada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas SUS 01/2001 (BRASIL, 2001), que apresenta como objetivos principais: a ampliação da responsabilidade dos municípios pela atenção básica e a organização de serviços regionais de maior complexidade, visando, sobretudo, maior equidade de acesso a esses serviços.

A organização de serviços regionais tem sido um dos maiores desafios da atenção a saúde pública. As peculiaridades do sistema federativo brasileiro, segundo Viana e Machado (2009), no qual os entes federados não mantêm relações hierárquicas, dificulta

estabelecimento de um sistema nacional de saúde que garanta unicidade e integralidade de acesso.

Para as autoras:

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais (VIANA; MACHADO, 2009, p. 811).

A necessidade do estabelecimento de redes regionalizadas de oferta de serviços se torna vital para o processo de universalização da assistência, já que prevalece o financiamento vinculado à lógica da oferta de serviços e da capacidade de assistência já instalada, o que mantém a concentração de repasses em áreas e municípios já desenvolvidos.

Para que o estabelecimento de redes seja eficaz, os Estados, representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), devem assumir nesse novo modelo maiores responsabilidades na gestão e coordenação dos serviços regionais, fomentando os pactos intermunicipais e conduzindo a distribuição de recursos, o que deve considerar tanto o número de habitantes de cada município, quanto à produção e a oferta de serviços de referência regional.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 14), a Noas SUS 01/2001 define que:

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, bem como as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

Segundo Yasui (2006), o financiamento das ações ainda apresenta-se como um dos maiores desafios do sistema de saúde brasileiro. Os municípios responsabilizados pela realização das ações em saúde se deparam com a falta de recursos, sobretudo, para a

contratação de profissionais que é de sua responsabilidade. Sendo está a maior justificativa para a não implantação de serviços e ações.

Por isso, a NOB/96 foi implementada com o objetivo de regular o repasse de recursos de cada ente federativo para a política de saúde. Foi a partir disso, sobretudo do estabelecimento de novas regras de transferências de recursos federais, que houve maciça adesão dos municípios ao SUS. Em 2000, dos 5.450 municípios brasileiros, 5.507 (98,96%) estavam habilitados ao Sistema Único de Saúde (ARRETCHE, 2002).

Assim como o SUS foi implementado a partir da Constituição de 1988, o funcionamento tributário do país também o foi. E como afirma Costa (2007, p. 216):

O potencial arrecadador desses impostos está diretamente relacionado com o nível de atividade econômica de estados e municípios. Desse modo, apenas os estados e os municípios mais desenvolvidos – principalmente os das regiões Sudeste e Sul – sustentam-se exclusivamente com seus impostos. A maioria dos estados e municípios no Brasil depende de transferências de receitas tributárias da União para realizar suas funções básicas.

Todo esse processo de descentralização da política, que transfere maior autonomia para os municípios no processo de adesão e implantação das ações conjuntamente com seu papel ativo no processo de financiamento e gestão, são elementos importantes para a compreensão da configuração da política de saúde e saúde mental nos diferentes municípios, estados e regiões brasileiras.

O país é majoritariamente constituído de município de pequeno porte que não apresentam condições financeiras e estruturais para ofertar um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde em todos os níveis de complexidade. Por isso, mais uma vez, o estabelecimento de redes de assistência, que garantam equidade de acesso, se torna fundamental para o desenvolvimento e para a superação das dificuldades do SUS.

Para Viana e Machado (2009), a universalidade e a integralidade do SUS só serão garantidas a partir da cooperação entre os entes federativos sob o risco de o contrário fomentar a constituições de milhares de redes atomizadas e ineficazes de assistência. Ou ainda, que mantenha a histórica desigualdade, ao passo que a assistência integral permanece garantida aos moradores das áreas desenvolvidas.

A dificuldade orçamentária gera, ainda, outro obstáculo à política, uma vez que a dependência de recursos federais torna a autonomia dos municípios limitada. Para Arretche (2003), o Ministério da Saúde se apresenta hoje como o principal ator na arena decisória e

grande parte desse poder advém da dependência dos recursos federais dos municípios para a implementação das ações.

Yasui (2006) refere-se a essa mesma questão ao analisar a excessiva institucionalização da Reforma Psiquiátrica que, por meio de portarias, projetos e propostas de financiamento do Ministério da Saúde, tem inibido a emergência de novas propostas e modelos de ação.

Contudo, embora com falhas e limites, a política de saúde representa uma grande conquista social brasileira e apresenta-se como modelo para diversos países do mundo. Foi resultado do processo de mobilização social na luta pelo direito à saúde. A forma como está configurada determina a configuração da política de saúde mental em todos os níveis, o que torna necessário a compreensão do seu processo de desenvolvimento e organização.

2.2 MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

A assistência à saúde mental em todo o mundo teve por muito tempo os manicômios como estratégia central de assistência e cuidado. No Brasil se reproduziu o caráter privatista da assistência apontada por Castel (1978). Essa característica não se restringia apenas à saúde mental, mas à política de saúde como um todo.

Foi a partir da criação do SUS que a saúde mental tornou-se objeto de política pública e passou a ser financiada diretamente pelo Ministério da Saúde. Os avanços até então alcançados no âmbito dessa política são fruto de muitas lutas e críticas do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica contra a assistência oferecida com base nos princípios da psiquiatria organicista tradicional e no modelo privatista centrado nos manicômios.

Yasui (2006, p. 21-22) afirma que a Reforma Psiquiátrica:

[...] se refere a um processo social complexo caracterizado por uma ruptura aos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidade de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura.

Nesse mesmo sentido, Amarante (1995, p. 87) a define como “[...] um processo histórico de reformulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o

questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Porém, mais que uma reação frente a um modelo assistencial psiquiátrico-clássico, esse Movimento implica na discussão de aspectos clínicos, políticos, sociais, culturais e jurídicos da loucura. Por isso exige mobilização social ampla, com vistas à construção de uma nova representação da loucura que reconheça e garanta os direitos e a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica se inicia com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsan), órgão do Ministério da Saúde (MS) que oferecia assistência psiquiátrica. Funcionando de acordo com a lógica de atendimento à saúde pré Reforma Sanitária, oferecia atendimento apenas aos trabalhadores contribuintes e seus familiares.

Foram alguns profissionais que atuavam nesses hospitais os precursores nas denúncias acerca dos maus tratos e das péssimas condições de assistência e trabalho oferecidas nesses locais. A partir disso, um grupo de trabalhadores decide entrar em greve em 1978, recebendo apoio de diversas instituições de saúde.

Esses profissionais iniciaram processos de discussão e debates acerca da qualidade da política de assistência à saúde mental e nessa atmosfera foi instituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Portanto, o Movimento de Reforma Psiquiátrica nasce como movimento social envolvendo inicialmente trabalhadores da saúde. Posteriormente incorpora trabalhadores de diversas áreas, entidades, movimentos sociais, pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares.

E, “Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial” (TENÓRIO, 2002, p. 32).

A principal influência teórica do MTSM foi a Psiquiatria Democrática Italiana, iniciada pelo psiquiatra Franco Basaglia no hospital de Gorizia, na Itália. Esse modelo teórico-prático apresentou-se realmente transformador porque não se restringiu a reformar a assistência, mas promoveu um intenso processo de crítica ao papel de controle social, violência e exclusão, promovido pela Psiquiatria.

Nesse sentido, a Psiquiatria é criticada por reproduzir a ideologia que preconiza a submissão, o controle e a violência, uma vez que o tratamento “[...] moralizante é realizado no sentido de punir e readaptar todos os desvios que evidenciam as contradições político-sociais

e econômicas e que são encarados como desvios da conduta e da moral” (MARINI, 2010, p. 31).

Toda a experiência italiana proposta por Basaglia pautou-se no conceito de desinstitucionalização. Para Amarante (1995, p. 49):

[...] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais históricos.

Segundo Yasui (2006), não foi no interior do aparelho estatal que foram dados os primeiros passos rumo à Reforma Psiquiátrica e sim no interior das instituições que prestavam assistência, onde o MTSM promovia importantes espaços de discussão e crítica ao modelo psiquiátrico hegemônico.

As discussões realizavam denúncias de *lobbies* envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina e multinacionais interessadas na manutenção do modelo privado de assistência e que possuíam (e possuem) forte influência nas instâncias de decisão política no país.

Tais instituições apresentaram-se como as maiores opositoras ao processo de reestruturação da assistência psiquiátrica e com vistas à obtenção de lucro incentivaram a cronicidade das doenças durante décadas (VENTURINI apud AMARANTE, 1995).

O processo de co-gestão da saúde foi de extrema importância para as transformações do modelo de atenção psiquiátrica, já que foi a partir dele que o Estado passa a incorporar e a gerir os hospitais que compunham a Dinsan.

Com isso, há um processo de reorganização e reformulação da administração e assistência que passa a ter como características principais a descentralização e universalização do atendimento. O plano CONASP foi a estratégia adotada para isso e tinha como objetivo reduzir em 30% o número de internações psiquiátricas e apresentar o atendimento ambulatorial como principal estratégia de assistência.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) reconhecendo a importância desse plano e, na tentativa de implantá-lo, adota a estratégia de ingresso no aparelho estatal, por meio da atuação em ministérios, secretarias e diferentes instituições de assistência à saúde.

A significativa influência do MTSM nas transformações ocorridas na assistência, bem como dos ‘empresários da loucura’ no processo de limitar o nível de influência e abrangência dessas transformações, ilustram as concepções de Migdal (2001) acerca da disputa de forças e de influência de diferentes atores, em relação com o Estado, na proposição de ações e políticas públicas.

Como dito anteriormente, a estratégia de ocupação de cargos no interior do aparelho estatal foi fundamental para a proposição de novas ações, sendo alvo de discórdias entre os integrantes do movimento, já que uma parte deles entendia que a atuação direta nas instituições públicas levava a cooptação do discurso e indiferenciação entre o movimento e a política implementada.

Porém, a grande presença de representantes do MTSM em órgãos e instituições estratégicas possibilitou a organização de diferentes espaços de discussão das políticas. Como afirma Cardoso (1994), a inserção dos movimentos sociais no aparelho estatal possibilitou transformações qualitativas na relação com o Estado, daí a importância dessa estratégia.

Segundo Yasui (2006), com a ampliação da assistência à saúde mental a partir do plano CONASP, foi criada no Estado de São Paulo uma rede extra-hospitalar de atendimento e foram contratados diversos profissionais. Esses novos trabalhadores assumiram com entusiasmo e de forma crítica a missão de implementar as novas propostas da política de saúde.

No ano de 1986, foi criada, na cidade de São Paulo, a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental que passou a atuar de forma crítica em relação às ações implementadas pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do município.

Foi essa plenária que organizou, em 1986, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Esse encontro foi muito importante para a discussão e crítica das ações implementadas até então e representou o desejo de alguns representantes do Movimento em salientar a diferença em relação àqueles que atuavam junto ao Estado. Para os trabalhadores que compunham a Plenária, importava garantir uma dinâmica democrática no processo de formulação da política de saúde mental (YASUI, 2006).

Já, no ano de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o que, segundo Yasui (2006, p. 37), aconteceu em clima de polêmicas e discussões. O Movimento assume compromisso com a implantação de uma política que rompesse com o papel de reprodutora da violência e exclusão e com a necessidade de transformações de ordem política, social e jurídica, de modo a garantir os direitos e a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Assume, também, a Reforma Psiquiátrica entendida como luta de classe, já que problematiza a função da Psiquiatria e dos trabalhadores de saúde mental enquanto reprodutores de violência e exclusão, resgatando para a saúde sua função revolucionária de combate à psiquiatrização social e a miséria e a favor da participação popular e da garantia de direitos (BRASÍL, 1988).

O processo de ocupação do aparelho estatal por lideranças do Movimento iniciada na década de 1980, se intensifica na década de 1990, havendo, como destaca o autor, uma confusão entre Movimento, Estado e Política, o que promoveu embates entre os líderes do Movimento.

Essa discussão ganha forma no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987 na cidade de Bauru-SP. Com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” os resultados desse Congresso apontam para novas mudanças no modelo assistencial e na própria organização do MTSM. A partir desse momento o Movimento busca, acima de tudo, marcar a diferença entre sua atuação e as instituições estatais, a fim de possibilitar a concretização do conceito de desinstitucionalização incorporado por ele.

Contando com a presença de usuários, familiares, estudantes, técnicos, lideranças municipais e simpatizantes da causa, o Congresso possibilitou a emergência do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Segundo Yasui (2006), a face mais politizada da Reforma Psiquiátrica brasileira. O papel desse movimento nascente fica evidente no trecho que segue:

[...] Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM apud AMARANTE, 1995, p. 81).

Para Yasui (2006), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial tem mantido suas características enquanto movimento, à medida que não institucionalizou-se. Existe enquanto processo de discussão, crítica e ideias. Compõem à prática e os ideais de gestores, usuários, familiares e técnicos. “É fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos, lugares” (YASUI, 2006, p. 41).

Fruto de todo esse processo de mobilização tem-se a construção de estratégias alternativas ao modelo de atenção hegemônico até então. A primeira proposta nesse sentido a

ser concretizada foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – Professor Luiz Cerqueira) inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo.

Porém, será em 1989, na cidade de Santos, com o fechamento do hospital psiquiátrico “Casa Anchieta”, denunciado por maus tratos e violência, que a Reforma Psiquiátrica ganha repercussão nacional. A partir disso, uma nova rede de serviços alternativos é implantada, composta, principalmente, pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas e associações de trabalho.

A experiência santista foi a mais importante no âmbito da psiquiatria pública e representou um marco da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tornou-se modelo a nível nacional não apenas por se tratar da implementação de novos serviços de assistência, mas também por implicar “[...] na tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social” (YASUI, 2006, p. 42).

Outras experiências foram sendo implementadas em diversas cidades do país, até que finalmente tornassem estratégias oficiais da política de saúde mental. E, no âmbito das conquistas importantes do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira destaca-se, também, o fomento e a incorporação das Associações de Usuários e Familiares no processo de luta, mobilização e participação popular na reivindicação da estruturação e implantação da política de saúde mental brasileira.

Atualmente as associações são atores importantes da sociedade civil juntos aos poderes Federal, estaduais e municipais, participando ativamente nos conselhos e conferências de saúde e saúde mental. Estão, portanto, no movimento diário pela garantia dos seus direitos e de seus familiares, o que mais uma vez reafirma a influência da sociedade civil no processo de construção das políticas públicas.

Acompanhando o processo de implementação da política, foi realizada, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, marco na participação de familiares e usuários dos serviços, sendo seu relatório final adotado como referência da política oficial. Percebe-se assim, que a configuração da política pública de saúde mental brasileira foi fruto da disputa de forças entre diversos segmentos, o que evidencia a importância da sociedade civil nesse processo.

Essa Conferência foi um marco no que se refere à organização e participação social. Precedida por conferências municipais e estaduais, envolveu aproximadamente 20 mil pessoas. Contudo, realizada em momento histórico diferente, no qual a política de saúde mental já estava em processo de implantação, seu relatório final não foi muito crítico em relação ao contexto econômico e político do país, como nos eventos anteriores. O relatório

ateve-se, principalmente, às características da política de saúde mental, destacando-se a vinculação que se deu entre o conceito de saúde e a garantia da cidadania e respeito às diferenças.

Por tudo isso, a década de 1990 é denominada por Yasui (2006) de período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, à medida que se torna efetivamente política pública. Leis são criadas para dar legalidade às ações que vão aos poucos sendo implantadas em todo o país. E as discussões que seguem se referem, principalmente, as características da política.

Porém, o mesmo autor destaca que a presença importante dos delegados, familiares e usuários na II Conferência indica o estabelecimento de novas alianças no âmbito da Reforma Psiquiátrica, sobretudo com associações e organizações sociais. Os representantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MLA) se fizeram presente, o que demonstra a tentativa de manter a Reforma com características de movimento social.

Foi determinante o papel do MLA nessa década de institucionalização da política, já que se manteve como parte crítica da Reforma ao denunciar a política enquanto tentativa do Estado em conciliar os interesses do Movimento de Reforma com os interesses dos “empresários da loucura”, fato que, entre outras coisas, tem possibilitado a permanência dos hospitais psiquiátricos no país.

Yasui (2006) destaca como evento importante para a consolidação de usuários e familiares no processo da Reforma Psiquiátrica o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares realizado em 1993, no qual foi redigida a *Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental*. Para o autor, a carta não apresentou inovações, já que abordou assuntos que já vinham sendo debatidos. A importância se deve a participação ativa dos usuários e familiares na elaboração do documento. Assim “O louco, destituído de sua condição de cidadão, afirma-se como sujeito de seu tempo e escreve, literalmente, uma página de sua história” (YASUI, 2006, p. 55).

Esse documento torna-se um instrumento de análise muito importante para esse trabalho, pois expressa o que os usuários e familiares concebem como direitos que lhes devem ser garantidos pelo poder público. A política de assistência à saúde apresenta-se, portanto, como instrumento mediador no processo de garantia desses direitos. Assim, essa carta, conjuntamente com outros documentos, será utilizada para nortear a análise das entrevistas realizadas com os usuários dos serviços de saúde mental do município de Maringá⁶.

⁶ Para acessar o documento na íntegra ver Anexo 1 desse trabalho.

Esse documento se caracteriza por reafirmar questões que já estavam em pauta nos encontros e conferências em saúde mental, destacando-se: a reafirmação da condição de pessoa humana dos usuários que, como qualquer cidadão, possui direitos civis, políticos e sociais. E, ainda, que a assistência em saúde mental não abrange só a assistência psiquiátrica, mas também assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho. Tal assistência deve ser garantida em rede extra-hospitalar com estrutura e organização que respeitem os direitos desses usuários-cidadãos e que ofereça assistência de qualidade, de modo a promover bem estar físico, psicológico e emocional.

Esse foi um marco importante da década de 1990. Já, a década de 2000 é iniciada com a aprovação da Lei Nacional de Saúde Mental 10.216/01. Fruto da reformulação do projeto de lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT-MG). Essa lei apresenta opiniões antagônicas. Isso porque, após mais de uma década de tramitação no Senado e muitas alterações, pouco restou do projeto original.

O projeto 3.675/89 era composto de três artigos: o primeiro deles impedia a construção de hospitais psiquiátricos pelo poder público, o segundo versava acerca do redirecionamento de recursos para a implementação de ações extra-hospitalares e o terceiro obrigava a comunicação das internações à autoridade judiciária que emitiria parecer sobre a legalidade da internação. Portanto, apresentava como principal característica o questionamento dos hospitais psiquiátricos como instituição de assistência.

Já a lei aprovada, mantém a internação psiquiátrica como forma central de atendimento, sendo essa a temática central de sete dos treze artigos que a compõem. No que se refere aos serviços extra-hospitalares, estes aparecem como apenas com um dos direitos das pessoas com transtorno psíquico, não havendo nenhuma indicação de obrigatoriedade. Ou seja, os serviços extra-hospitalares aparecem como coadjuvantes da internação.

Assim, a denúncia realizada pelo MLA acerca da política de saúde mental como instrumento de mediação entre as exigências do Movimento e os interesses dos segmentos privados que se reproduzem com a doença e a cronicidade, materializa-se nessa lei.

Contudo, como afirma Tenório (2002), não se pode desconsiderar o teor progressista da lei à medida que ao menos se institucionalizam alguns dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, bem como a responsabilização do Estado pela assistência e pela regulação das internações.

Em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, precedida por várias conferências municipais, estaduais e regionais. Nessa Conferência, além das discussões dos temas já abordados, como a importância da reorientação do modelo assistência pautado

nos serviços extra-hospitalares e comunitários, de modo a promover saúde, qualidade de vida, autonomia e cidadania, tem ênfase o reconhecimento do trabalho enquanto forma de reinserção social.

O documento destaca, ainda, que além dos direitos clássicos (políticos, sociais e civis) a pessoa com sofrimento psíquico apresenta características e condições especiais que precisam ser respeitadas. Contudo, tais diferenças não legitimam a manutenção do estatuto de tutela, pois embora em alguns casos a curatela e a interdição sejam necessárias para proteger o indivíduo, não devem ser utilizadas como instrumento de poder que cerceiam, quando não impedem, a autonomia e violam direitos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada no final de junho e início de julho de 2010. No relatório final evidencia-se a continuidade das discussões em torno dos desafios impostos à implementação da política de saúde mental, bem como a importância de ser essa política instrumento de garantia de direitos humanos e cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

2.3 I E IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ENTENDENDO O DESENVOLVIMENTO E O ATUAL DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Como evidenciado até então, a Reforma Psiquiátrica é o movimento social que determinou a construção da política de saúde mental brasileira. Durante esse percurso, os embates entre movimentos sociais, trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares, sociedade civil, gestores, donos de instituições assistenciais, dentre outros, foi fundamental para determinar o desenho da política que existe hoje.

Todo o avanço alcançado, portanto, foi fruto de intensa disputa. Retomando as considerações de Hirschsman (1995) acerca da construção do conceito de cidadania, constata-se que as construções político-sociais não se dão de forma passiva e somatória, são processos que envolvem a expressão de interesses opostos de grupos e classes. Foram diferentes atores que evidenciaram demandas e propuseram ações, sendo que as Conferências Nacionais de Saúde Mental, precedidas por conferências municipais, regionais e estaduais, o espaço catalisador dessas demandas e propostas.

As Conferências são instrumentos privilegiados de participação popular no processo de definição, implementação, gestão e avaliação de políticas públicas. No âmbito da saúde

mental foram realizadas quatro conferências nacionais: a primeira em 1987, a segunda em 1992, a terceira em 2001 e a quarta em 2010.

Em função da característica dessa pesquisa e da quantidade de material produzido nessas conferências, ficaria inviável analisar os eixos e as propostas de todas elas. Reconhece-se a importância desse processo para a compreensão das influências desse instrumento democrático no desenho da política de saúde mental brasileira. Por isso, a proposta desse trabalho é analisar os relatórios finais da I e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, para identificar as demandas e propostas discutidas, destacando àquelas que foram superadas, àquelas que emergiram durante o processo e àquelas que permanecem como desafio na implementação da política.

No caso específico do relatório da última conferência, o mesmo será utilizado como instrumento de análise das entrevistas com os usuários dos serviços de saúde mental, conjuntamente com a Carta de Direitos citada acima. Nesse relatório, além de se poder visualizar o estágio mais atual da política no que se refere à rede assistencial, ele permite identificar quais direitos da pessoa com sofrimento psíquico são reconhecidos e, por isso, devem ser assegurados pela política de saúde mental e pelos serviços de assistência.

Para a análise comparativa entre I e IV Conferência Nacional de Saúde Mental, foram elaboradas duas tabelas (APÊNDICE A e B respectivamente) que resumem os eixos, os sub-eixos e as principais diretrizes e propostas do relatório final das mesmas. Isso para facilitar o tratamento da quantidade elevada de informações. Para esse fim, ainda, foram selecionados e adaptados os conteúdos considerados centrais para a discussão empreendida nesse trabalho.

Ao analisar o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental constata-se que os três eixos centrais que nortearam as discussões são: 1 – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2 - Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; 3 - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Com relação ao primeiro eixo, percebe-se o caráter de denúncia com relação à posição ambígua do Estado frente as política sociais, marcada pelo descaso e falta de investimento. O conceito de saúde vincula-se a fatores econômicos, políticos e sociais. Por isso, conjuntamente com a Reforma Sanitária, a conferência reconhece a necessidade de reforma agrária, urbana e tributária para o país.

No que se refere ao eixo 2, fica evidente que as discussões em saúde mental são precedidas pela necessidade da Implementação da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde de caráter universal, descentralizado e com equidade.

A preocupação com o financiamento da política de saúde se apresenta com a exigência de que o mesmo nunca seja inferior á 10% do PIB. E, ainda, percebe-se que as propostas no âmbito da reorganização da assistência à saúde e a saúde mental estão voltadas para a garantia da participação popular e para a construção do Estado de Direito. Por isso, propõe-se a criação de conselhos de saúde, gestão democrática das unidades de saúde e, no caso específico da saúde mental, a constituição de comissão de usuários para fiscalização dos serviços de assistência.

Como propostas para a reorganização da assistência em saúde mental têm-se: a redução progressiva e a não contratação de leitos de internação em hospitais psiquiátricos; a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos; a oferta de leitos de internação em hospitais gerais; a implantação da Emergência psiquiátrica em hospitais gerais como porta de entrada para a assistência em saúde mental; regulação das internações e avaliação das unidades de internação existentes; ações para a reabilitação dos egressos de hospitais psiquiátricos, inclusive, para a reinserção na atividade produtiva e; implantação de recursos assistenciais *alternativos*, tais como: hospital-dia, hospital-noite, lares protegidos, pré-internações, núcleos autogestionários e trabalho protegido e; realização de ações de promoção de saúde mental com outros programas de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.

Por fim, com relação ao eixo 3 - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. São destacadas as propostas de revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia com o objetivo de tornar as legislações mais justas com a verdadeira condição e cidadania dessas pessoas.

Seguem de forma geral algumas dessas propostas: revisão das questões relativas à interdição que deverá estar restrita a situações de ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física; garantia do direito do usuário acessar seu prontuário, conhecer e opinar sobre o projeto terapêutico; garantia de mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária; que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva e; promoção de ações de (re)inserção das pessoas com sofrimento psíquico na vida produtiva.

Já, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (após 23 anos de Reforma Psiquiátrica e de luta pela implementação de uma política pública de saúde e saúde mental) a tônica das discussões apresenta caráter bem diferenciado.

Realizada em 2010, essa Conferência é marcada por outro momento histórico, no qual a consolidação da Constituição de 1988, marco na garantia de direitos, é uma realidade. E com ela o estabelecimento do SUS que, muito embora com limitações e graves problemas (como discutido no capítulo 2), é uma realidade e avanço na garantia do direito à saúde para a população brasileira.

O mesmo pode-se dizer acerca da política de saúde mental. Ela existe! Nesse sentido, as discussões e propostas da IV Conferência não estão voltadas para a instituição da política de saúde e saúde mental, tal como na I Conferência. Ao analisar o texto do relatório final e a tabela com o resumo das diretrizes e propostas (APÊNDICE B) conclui-se que se trata nesse momento de consolidar as conquistas e avanços, ampliar a rede assistencial e reafirmar o caráter intersetorial das ações em saúde mental.

Os três eixos de discussão da IV Conferência foram: 1 – Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; 2 – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais e; 3 – Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial.

No eixo 1, as propostas tinham por objetivo: estabelecer e organizar redes entre políticas públicas sociais (educação, assistência social, justiça e direitos humanos); reconhecer a necessidade de maiores investimentos para as ações em saúde mental e, também, para as ações intersetoriais; estabelecer plano de carreira para os profissionais da área, bem como garantir a contratação de mais profissionais e cursos de formação e capacitação permanentes; garantir o fornecimento de medicamentos para os usuários da política e; Reafirmar as conquistas e diretrizes do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

No eixo 2, foram estabelecidas propostas para: superação do modelo asilar de assistência; garantia de assistência humanizada; reafirmar o CAPS como dispositivo central, que deve ser implantado seguindo critérios epidemiológicos e não com base no número de habitantes dos municípios; afirmação da importância do estabelecimento de CAPS de atendimentos regionalizado; ampliação da rede e das estratégias de atenção; garantia da assistência à saúde mental na rede básica, como medidas preventivas e de promoção da saúde; garantia do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais e a abertura de leitos em hospitais gerais e; assegurar acesso universal à política de saúde mental, superando qualquer forma de preconceito ou discriminação.

Por fim, no eixo 3, foram aprovadas propostas voltadas para a garantia de direitos dos usuários da política, dentre elas destaca-se: o acesso ao tratamento sem qualquer forma de violação dos direitos humanos; fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância acerca dos

casos de violência; conscientização da sociedade quanto aos direitos e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e acessibilidade aos direitos sociais; desenvolvimento de ações para a inclusão produtiva; garantir, através de desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho.

E, ainda, garantir o Benefício de Prestação Continuada aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em cooperativas sociais e, cumprindo as normas já existentes, a garantia de inexigibilidade do termo de interdição civil para concessão do benefício; fomento de ações intersetoriais de cultura; articulação com o Judiciário para a melhor atuação em casos de interdição; exigir o cumprimento da legislação nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos e sociais da pessoa com sofrimento psíquico.

Embora com caráter bem diferenciado, um com discussões políticas e demandas mais amplas, envolvendo a crítica do papel do Estado frente às políticas sociais (relatório da I Conferência), e outro com questões mais específicas referentes à estruturação da política de saúde mental e as ações intersetoriais (relatório da IV Conferência), existem demandas que foram superadas desde 1987 e demandas que prevalecem.

Entre as demandas superadas, destaca-se a construção da política de saúde e da política de saúde mental, que conta com instrumentos de participação popular (Conselhos) no processo deliberativo e avaliativo das referidas políticas.

Essas políticas são realidade e possuem agenda e estrutura de funcionamento (diretrizes legais, serviços e ações) complexas e dinâmicas. No caso específico da saúde mental, havia na I Conferência a necessidade de se implementar uma rede extra-hospitalar alternativa com inúmeros dispositivos assistências. Esses dispositivos hoje existem e são concebidos na IV Conferência como substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo que a demanda atual refere-se à ampliação de tais serviços.

Hoje a Emergência Psiquiátrica é a porta de entrada para a assistência em saúde mental e os CAPS (hospitais-dia) são os dispositivos centrais da assistência. Vale, ainda, citar ações como os Serviços de Residência Terapêutica, o programa de volta para casa e as iniciativas de geração de trabalho e renda.

Contudo, essa rede não foi capaz de suplantar a assistência psiquiátrica tradicional, expressa pela existência e ampliação dos leitos nos hospitais psiquiátricos. Embora ambos os relatórios versem sobre a importância de redução e extinção de leitos, não é o que tem ocorrido no âmbito da política.

Como já discutido, o aumento dos leitos em hospitais psiquiátricos tem sido estratégia para a assistência de usuários de álcool e outras drogas. Essa estratégia é contrária aos princípios da Reforma Psiquiátrica e as propostas da I e IV Conferência de garantir assistência em liberdade.

Essa parece ser a demanda que permanece e se intensifica. Outra demanda não superada é o manicômio judiciário como destino dos “loucos” que cometem crimes. Essa estratégia já era questionada e criticada em 1987 e continua como única alternativa até hoje.

A temática da garantia de direitos dos usuários dos serviços está presente em ambas as Conferências. Na I, a tônica da discussão é reconhecer o usuário como portador de direitos, sobretudo, referente à preservação dos direitos humanos frente ao tratamento violento recebido nos hospitais psiquiátricos. Fala-se, também, de garantir o acesso aos prontuários e a participar de comissões e conselhos de gestão e avaliação de serviços.

Na I Conferência observa-se, também, uma preocupação constante em promover alterações em inúmeras legislações brasileiras, a fim de se garantir tratamento mais justo às pessoas com sofrimento psíquico. Nesse aspecto, a legislação, ao tratar desse segmento específico, parece limitá-los a condição de doente mental, não reconhecendo sua condição de cidadania. A não garantia legal de direitos permitiu que por décadas essas pessoas tivessem, sobretudo nos hospitais psiquiátricos, seus direitos violados.

Entre os direitos a ser garantidos, estava o de regular as internações involuntárias. Destaca-se que durante todo o processo de Reforma Psiquiátrica, lutou-se contra as internações involuntárias, defendendo-se que o paciente tinha condição de opinar sobre a forma de atenção que gostaria de receber.

Atualmente, com o aumento crescente de usuários de crack, o assunto é retomado, posto que a internação involuntária é defendida, inclusive por instituições públicas, como medida assistencial para o tratamento dessa população. Novamente discute-se a possibilidade de retirar direitos de uma categoria sob a justificativa de que os usuários de crack não podem responder por seus atos.

Esse é um exemplo de antagonismo entre ações públicas e a garantia de cidadania dos usuários da política de saúde mental no Brasil. Por isso, as discussões e propostas das referidas Conferências giram em torno de criar e, em alguns casos, por em prática leis que protejam as pessoas com sofrimento psíquico contra a violação dos direitos essenciais.

Com relação a temática da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, permanece na IV Conferência a preocupação com o processo de interdição civil. Essa é uma temática que gera polêmicas, já que, ainda hoje, o instrumento essencial desse processo é o

atestado médico. Fato questionado pelos demais profissionais da área, que acreditam ser necessário um processo de avaliação multidisciplinar, que considere vários aspectos da vida e da existência do sujeito.

A ação de Interdição é uma medida judicial que visa declarar a incapacidade, da pessoa com mais de 18 anos de idade, para a prática de atos da vida civil. Decretada a interdição, será nomeado curador para a proteção da pessoa e dos bens do interdito. Essa tem sido uma prática comum, sobretudo, para a garantia junto ao INSS da concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), Aposentadoria por Invalidez e outros benefícios.

De acordo com a cartilha “Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania” produzida pelo Conselho Federal de Psicologia (2011, p. 5):

Para ter acesso a esse benefício, entretanto, não é necessário que a pessoa portadora do transtorno mental seja interditada. A interdição – e a consequente curatela – é uma medida extrema só recomendada quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade. A grande maioria dos portadores de transtorno mental, entretanto, mesmo quando incapacitados para o trabalho, podem ter uma vida normal em muitos outros aspectos e decidir, por si mesmos, o que é melhor para o seu futuro.

Porém, a medida de interdição parece ser a regra para que a pessoa com sofrimento psíquico, e sem condições para o trabalho, receba o BPC ou outros benefícios. Tanto que uma das propostas da IV Conferência refere-se à aplicação dos recursos legais para garantir a inexigibilidade do termo de curatela para concessão de benefícios previdenciários, assistenciais ou de aposentadoria.

Como dito na citação acima, a incapacidade laboral, que em muitos casos é temporária, não significa a incapacidade para o exercício das demais atividades da vida civil. Uma vez interditado, o sujeito perde toda autonomia para a condução de sua vida, que passa a ser de responsabilidade do seu curador. Perde grande parte da dimensão de sua cidadania.

Esse é mais um dos paradoxos da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, uma vez que para ter acesso a um benefício social, que possibilite a garantia de sua subsistência, o sujeito precisar abrir mão de uma gama de outros direitos. Por isso, retomando Birman (1992), o desafio da Reforma Psiquiátrica e da política de saúde mental ainda se refere à construção da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, de modo que o acesso às políticas e direitos sociais não acarrete na expropriação dos demais direitos.

A vinculação da condição de cidadania à manutenção da racionalidade fica expressa na ação de interdição. O sujeito que “perde” a racionalidade, perde também a possibilidade do exercício da vida civil.

Para que essa realidade seja transformada, há necessidade de transformações legais e institucionais. O condicionante do recebimento do benefício à incapacidade para o trabalho e à interdição gera outro problema: a resistência ou a impossibilidade do usuário ser (re)inserido na vida produtiva.

Essa é uma demanda presente nas duas conferências. A necessidade de reabilitar o usuário para a vida produtiva é essencial para a garantia de sua cidadania. Isso porque o trabalho é elemento central na vida humana e, quando realizados em condições adequadas, promotor de saúde mental e reconhecimento social.

As pessoas com sofrimento psíquico podem estar temporariamente incapacitadas para o trabalho, ou incapacitadas definitivamente para o trabalho nos moldes capitalistas. Contudo, podem desenvolver atividades produtivas no âmbito de cooperativas e associações, o que é uma estratégia da política e uma demanda dos usuários.

De acordo com a legislação existente, se os beneficiários do BPC ou aposentados forem inseridos em iniciativas de geração de trabalho e renda, há a suspensão do benefício. Isso gera receio e resistência por parte desses usuários, posto que temem abrir mão da garantia de sua sobrevivência para se inserir em propostas de trabalho incertas. Isso não significa que não desejam trabalhar, mas sim que temem “trocar o certo pelo duvidoso”.

Outra demanda da I Conferência, mas que se torna eixo central de discussões e propostas do relatório final da IV Conferência é a necessidade do estabelecimento de ações intersetoriais entre política de saúde mental e demais políticas públicas. Sob essa perspectiva se reafirma a noção de saúde vinculada a fatores sociais, econômicos, educacionais, dentre outros.

Os direitos das pessoas com sofrimento psíquico não se restringem a assistência psiquiátrica, mas inclui a saúde física, o acesso aos bens sociais e culturais, o respeito, à liberdade, direito ao trabalho, a educação, participação civil e política, dentre outras. Ele é sujeito completo e não uma cabeça “doente”.

Nesse sentido, ações conjuntas com as demais políticas públicas se tornam imprescindíveis para a atenção integral às necessidades das pessoas com sofrimento psíquico. E, como já dito, a política de saúde mental deve ser o instrumento para a garantia de todos os demais direitos.

Assim, com a análise de todo o processo de Reforma Psiquiátrica e construção da política de saúde mental brasileira, conclui-se que a preocupação com a implementação do Estado Democrático de Direito é uma constante. No caso específico das pessoas com sofrimento psíquico essa realidade torna-se mais contundente em função das especificidades dessa população. A relação entre loucura/irracionalidade/improdutividade, coloca esses indivíduos em situação, em muitos casos, de não-cidadania.

Por isso, a política de saúde mental deve contribuir para a construção e implementação de instrumentos que construa e reconstrua essa cidadania, em um movimento dialético permanente, que tem na participação ativa dos movimentos sociais, associações de usuários e familiares e técnicos, elementos fomentadores desse processo.

Quando falamos de política, falamos de disputa de interesses. A política de saúde mental deve apresenta-se como resposta a demanda das pessoas com sofrimento psíquico e por isso garantir acesso aos direitos que são universais, bem como as ações que respeitem as diferenças e promovam equidade nesse processo.

O princípio de equidade, defendido tanto na política de saúde, como na política de saúde mental deve ser diretriz das ações e decisões políticas no âmbito da saúde mental. Trata-se de tratar diferente os diferentes, mas com justiça e sem discriminação. Com o cuidado necessário para que o discurso do reconhecimento das diferenças não se torne o instrumento que legitime práticas de violação de direitos.

As características da assistência da pessoa com sofrimento psíquico baseada na tutela e na reclusão estabeleceram aquilo que Birman (1992) denomina de paradoxo da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, já que a assistência à “saúde” implicou na eliminação de todos os demais direitos.

Todas as transformações implementadas até hoje não dão garantia de que essa realidade tenha sido alterada. Muitos dos usuários da política de saúde mental ainda estão à margem do acesso aos bens culturais, da vida produtiva e de uma assistência de qualidade. São vítimas constantes de preconceito e exclusão social. Por isso a garantia, ou melhor, a construção da cidadania desses sujeitos, ainda, permanece como temática central das discussões que se empreendem nas Conferências, nos Conselhos e no próprio aparelho do Estado. É, portanto, uma meta não plenamente alcançada.

Porém, há que se reconhecer as evoluções dessa política, e por isso analisar e conhecer as realidades locais são importantes para compreender como seus pressupostos são implantados ou não. No caso específico da cidadania, interessa conhecer como, no cotidiano dos serviços de assistência, os direitos da pessoa com sofrimento psíquico têm sido

garantidos, principalmente no que se refere ao fomento à autonomia e (re)inserção social. Por esse motivo, a temática da cidadania é tão cara a esse trabalho, já que se reconhece o papel da política de saúde mental como instrumento privilegiado de proteção de direitos e fomento na participação da vida humana, política e social.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: CONFIGURAÇÃO NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

Nesse capítulo será apresentada a atual configuração da política de saúde mental no Brasil, no estado do Paraná e no município de Maringá. Isso para ilustrar os tipos e o número de dispositivos assistenciais implantados e, assim, traçar um quadro geral da materialização dos resultados alcançados pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica. Antes de apresentar a configuração da política a nível estadual e municipal, será realizado um breve histórico acerca do desenvolvimento da política nesses dois níveis, de modo a compreender o percurso, os atores e estratégias importantes para o resultado que se tem hoje.

Assim, se o objetivo desse trabalho é compreender como a política de saúde mental do município de Maringá, representada por dois serviços de assistência (CASPS AD e CAPS II), tem contribuído para o processo de construção da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, conhecer os dispositivos que estruturam essa política (nos três níveis), bem como seu nível de abrangência assistencial se torna fundamental. Com essa leitura, uma comparação e a visualização das diferenças de implantação entre eles permite uma análise geral das ações e inovações da realidade do município de Maringá.

3.1 A ESTRUTURA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Como discutido anteriormente, após anos de lutas e mobilizações do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, tem-se a constituição da política pública de saúde mental do país, institucionalizada, sobretudo, a partir da aprovação da Lei Nacional de Saúde Mental nº 10.216 de 2001.

A política pública de saúde mental brasileira apresenta modelo de atenção aberta e de base comunitária, para isso conta com importantes estratégias de assistência. Àquelas que têm apresentado maior eficácia no que se refere à quantidade e extensão dos serviços são: os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços de Residência Terapêutica (STR); o Programa de Volta Para Casa; e as propostas de (Re)Inserção Social pelo trabalho. Esses não são os únicos serviços e estratégias que compõem a política, existem, também, os Centros de

Convivência e Cultura, leitos de atenção integral em hospitais gerais e leitos em hospitais psiquiátricos públicos e privados.

Os Centros de Atenção Psicossocial são a estratégia central do modelo psicossocial, isso porque devem garantir total assistência em âmbito comunitário. Tem-se apresentado como serviço de base territorial de maior cobertura e eficácia de atendimento e pode ser diferenciado em quatro modalidades levando em consideração o nível de complexidade assistencial, sendo elas: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPSi e; CAPS AD.

Segundo consta no site do Ministério da Saúde, os CAPS devem oferecer atendimento clínico diário com o objetivo de evitar as internações em hospitais psiquiátricos e, dessa forma, fortalecer os laços sociais dos usuários em seu território. Como o objetivo central é garantir a inserção social, as ações desenvolvidas no CAPS devem ser intersetoriais de modo a garantir o acesso ao trabalho, ao lazer, aos direitos civis e a convivência familiar e comunitária. Devem ser serviços substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos de modo a romper com o modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos.

A portaria GM nº 336/2002 estabelece as diferenciações e incumbências de cada uma das modalidades de CAPS com base no porte, na complexidade e na abrangência populacional. A definição de quais modalidades devem ser implantadas nos diferentes municípios devem, para além do número de habitantes, considerar à demanda e a capacidade administrativa de cada um deles.

O CAPS I deve ser implementado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Deve organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental no território. Em função de suas atribuições, horário de funcionamento e quadro técnico, o CAPS I não oferece atendimento noturno e nem leitos para internação em caso de crise.

Já, o CAPS II apresenta capacidade operacional para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Com equipe maior, oferece as mesmas modalidades de atendimento do CAPS I e possui as mesmas atribuições, podendo funcionar com um turno a mais (até as 21h).

O CAPS III é destinado aos municípios com mais de 200.000 habitantes e oferece atenção durante 24 horas por dia. Deve ser referência para atendimento emergencial e ofertar leitos de acolhimento noturno e para a internação em situação de crise. Essas internações devem ter duração de, no máximo, 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados durante o mês.

O CAPSi é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtorno psíquico grave. Deve ser implantado em municípios com população igual ou superior a 200.000 habitantes, ou na presença de outros critérios epidemiológicos não especificados pela portaria

Por fim, o CAPS ad apresenta capacidade operacional para funcionar em municípios com população superior a 70.000 habitantes e destina-se a pacientes com transtornos causados pela dependência de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas). Segundo a portaria GM nº336/91 os CAPS ad devem manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

A portaria 2.841/2010 institui, ainda, o CAPS ad III. Também destinado ao atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas, deve oferecer atendimento 24 horas, inclusive em finais de semana e feriados. Mantendo no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) leitos, sendo referência para o acolhimento de usuários em situação de abstinência e/ou desintoxicação.

Atualmente a rede de atenção psicossocial brasileira conta com 1.650 CAPS. O quadro abaixo destaca o número de CAPS por tipo no país.

Tipo de CAPS	Quantidade
CAPS I	780
CAPS II	420
CAPS III	55
CAPSi	132
CAPS ad	262
CAPS ad III	1
TOTAL	1650

Quadro 4 – Número de CAPS por tipo no Brasil até julho de 2011.

Fonte: Brasil (2011b).

O Ministério da Saúde estabeleceu o indicador CAPS por cada 100.000 habitantes⁷ para avaliar a cobertura em cada estado e região. Com base nesse indicador, a cobertura nacional (até julho de 2011) era de 0,68 CAPS/100.000 habitantes, o que é considerado uma boa cobertura (BRASIL, 2011b).

O incentivo técnico e financeiro para a criação de cooperativas e associações é outra estratégia importante da Reforma Psiquiátrica, que recentemente ganhou fôlego com a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Trabalho e Emprego.

⁷ Esse indicador é construído utilizando-se o cálculo de cobertura ponderada por porte de CAPS, já que o CAPS I tem cobertura de 50.000 habitantes, o CAPS (II, AD, e i) abrangência de 100.000 e CAPS III cobertura de 150.000 habitantes.

Espelhada nas experiências desenvolvidas por Basaglia, essa estratégia tem como objetivo promover a autonomia social e econômica por meio de atividades produtivas que respeitem as diferenças e limitações daqueles que as realizam. Dessa forma, a organização do trabalho não deve ter como mote o trabalho alienante que, em muitos casos, foi responsável pelo adoecimento. As atividades produtivas devem respeitar os interesses dos usuários, tornando-os atores nos processos de organização e execução do trabalho.

Atualmente, existem no país 640 experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental inscritas no Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (BRASIL, 2011b).

O Serviço de Residência Terapêutica (SRT) é destinado ao acolhimento dos usuários que, devido ao longo período de institucionalização, perderam o contato com os familiares. São casas localizadas no espaço urbano e que recebem um número reduzidos de moradores (mínimo 1 e máximo 8). Embora conte com a presença de um técnico de saúde mental que auxilia na organização das atividades diárias da casa, os moradores possuem, ao menos em teoria, autonomia para gerir sua rotina diária e conviver no espaço urbano e comunitário.

Atualmente há 596 (SRT) no país. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), a cobertura dessa estratégia ainda é muito baixa, sendo que as dificuldades de implantação estão relacionadas às dificuldades políticas e técnicas conseqüentes do processo de institucionalização, associada às resistências da comunidade em relação à reintegração dos pacientes no espaço urbano e comunitário (BRASIL, 2011b).

O programa de Volta para Casa, instituído pela portaria 10.708/03, refere-se ao auxílio-reabilitação no valor de R\$ 320,00 mensal, destinado à pacientes com transtorno mental grave e egressos de internações de 2 (dois) anos ou mais de duração. O programa beneficia hoje 3.832 pessoas nessa situação (BRASIL, 2011b).

Outro serviço de referência para a assistência à saúde mental no Brasil é o ambulatório de saúde mental, que, sob a perspectiva do atendimento na rede básica, deve ser referência para atendimento especializado a nível ambulatorial. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), há um total de 860 ambulatórios no país.

Embora não seja uma estratégia da Reforma Psiquiátrica, sendo inclusive uma das causas do seu surgimento, a presença de leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS ainda é uma realidade no âmbito da política pública de saúde mental brasileira. Hoje o país conta com 32.681 leitos psiquiátricos para atendimento de usuários do SUS (BRASIL, 2011b).

A grande maioria desses leitos concentra-se em hospitais psiquiátricos privados conveniados ao SUS, fato que se apresenta como uma das maiores lacunas da Reforma Psiquiátrica brasileira, já que a existência desses leitos mantém a lógica de assistência manicomial.

Frente a isso, a política sugere que a internação se dê prioritariamente em hospitais gerais. Para complementar essa exigência, foi criado o serviço de emergência psiquiátrica, que localizado em hospitais gerais, deve ser porta de entrada para usuários em situação de crise oferecendo assistência e internação. Contudo, o número de serviços de emergência implantados não é suficiente para atender toda a demanda existente.

Como alternativa, ou melhor, substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos, a Reforma prevê a existência dos Leitos de Atenção Integral em todos os hospitais gerais (ao menos da rede pública). Fato que se apresenta como um desafio para a rede de atenção à saúde mental, uma vez que os hospitais gerais públicos e privados resistem em implantar esses leitos. Atualmente, existem apenas 5.332 leitos psiquiátricos em hospitais gerais em todo o país (DATASUS, 2012).

No que se refere ao financiamento da política, no ano de 2010, o Ministério da Saúde (MS) empregou 1.280,60 milhões de reais na política de saúde mental, desse montante 1.280,60 milhões (70,56% dos recursos) dos recursos foram empregados em ações e programas extra-hospitalares e 534,25 (29,44% dos recursos) em ações e programas hospitalares.

O quadro abaixo resume a estrutura da política pública de saúde mental descrita até aqui:

SERVIÇO/ESTRATÉGIA	QUANTIDADE
CAPS	1.650
SRTS	596
Beneficiados pelo Programa de Volta Para Casa	3.832
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda	640
Leitos em Psiquiátricos	32.681
Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais	5.323

Quadro 5 – Principais serviços e estratégias da Política de Saúde Mental brasileira implantadas até julho/2011.

Fonte: Brasil (2011b) e DATASUS (2012).

Todas as estratégias aqui descritas são específicas a política de saúde mental. Contudo, existem ações implantadas na rede básica de saúde que têm sido parceiras importantes dessa política, entre elas destaca-se: o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todos esses programas são desenvolvidos na atenção básica e são instrumentos importantes de ações preventivas e de referência e contra-referência para os serviços especializados da política de saúde mental.

Todos os dados aqui expostos referem-se a algumas estratégias da política de saúde mental, sendo que muitas outras não foram abordadas. Buscou-se enfatizar as ações mais expressivas no que concerne a abrangência e quantidade de serviços implantados.

Essa descrição permite compreender em linhas gerais o desenho dessa política social brasileira. Quando analisamos os serviços oferecidos e as estratégias adotadas constatamos o importante papel do Movimento de Reforma Psiquiátrica no processo de desenho dessa política, já que muitas dessas ações foram e, ainda são, bandeiras de luta do movimento.

Desde o início da reforma, marcado pela criação do MTSM em 1978, 32 (trinta e dois) anos se passaram e o atendimento em hospitais psiquiátricos permanece e são, em muitos casos, as únicas referências para o atendimento. O número de leitos oferecidos em hospitais gerais é insignificante frente ao número de leitos em hospitais psiquiátricos.

O Número de CAPS III implantados (55) em todo o país, com oferta de serviços mais complexos como, por exemplo, internações e o acolhimento noturno em casos de crise, estão muito aquém das necessidades da população e das práticas do cuidar em liberdade. Destacando-se que sua implantação ocorre apenas em cidades de grande porte (acima de 200.000 habitantes) e que a grande maioria dos municípios brasileiros possui taxa populacional pequena. Esses serviços são em geral municipalizados, já os hospitais psiquiátricos são regionalizados e, portanto, referência para muitos municípios.

Por tudo isso, o hospital psiquiátrico é concebido por muitos técnicos, gestores e grande parte da população em geral, como única alternativa para o atendimento de casos mais complexos. O aumento considerável da população usuária de crack tem levado ao aumento do número de leitos para internação como estratégia assistencial.

Soma-se a recente integração das comunidades terapêuticas na rede pública de assistência para atendimento aos dependentes químicos (em muitos casos de orientação religiosa) pautada na internação de longa duração. O investimento nessas entidades pressupõe menos recursos investidos em serviços de atenção comunitária como CAPS ad e CAPS ad III.

Tanto o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, quanto a inclusão das comunidades terapêuticas na rede pública de assistência representam um retrocesso frente aos princípios da Reforma Psiquiátrica, já que a internação volta a ser estimulada pelo Estado.

Tais fatores reafirmam as preocupações de Venturini (apud AMARANTE, 1995), em relação à manutenção dos hospitais psiquiátricos e das internações enquanto recursos

insubstituíveis para controle da “periculosidade” e “cronicidade”. Tudo isso, segundo o autor, é fruto da ausência de afirmação do novo modelo assistencial, que dentre outras coisas, promove sentimento de incerteza nos gestores e técnicos em saúde mental (AMARANTE, 1995).

Soma-se a essa limitação da política, as críticas realizadas por alguns autores no que concerne a qualidade do atendimento oferecido nos serviços extra-hospitalares, sempre tendo como parâmetro os princípios da desinstitucionalização e da cidadania.

Segundo Daúd Júnior (2000, p. 40),

[...] a captura do discurso sempre foi uma virtuosidade do dispositivo asilar; associado aos interesses econômicos e ideológicos dominantes, impediu que intenções reformistas superadoras, pelo menos do hospício, tivessem força de instaurar novos modelos assistenciais.

Para o autor, o que se conseguiu até agora, na maioria dos casos, é uma complementarização do hospício por meio de práticas imbuídas nos princípios do discurso asilar. Essas práticas têm poder de prescrever identidades massificadas, que se expandem para todas as esferas sociais, e determinam mecanismos de simbolização e significado, mantendo a sociedade (inclusive os técnicos dos serviços) cúmplice da violência simbólica/subjetiva praticada contra os “sem-razão”.

Nesse sentido, além da análise da política de saúde mental enquanto instrumento de implementação de práticas substitutivas aos hospitais psiquiátricos, uma análise crítica da forma como esses serviços têm desempenhado suas atividades e em que medida ações voltadas para a atenção integral e garantia da cidadania dos usuários são de fundamental importância para uma avaliação real dessa política.

3.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO PARANÁ

O desenvolvimento da política de saúde mental do estado do Paraná seguiu o mesmo caminho percorrido a nível nacional, o que significa que as primeiras ações assistenciais se deram no interior dos hospitais psiquiátricos.

O primeiro hospital psiquiátrico implantado no estado foi o “Hospício Nossa Senhora da Luz”, inaugurado em 25 de Janeiro de 1903 na cidade de Curitiba, permanecendo por

aproximadamente 40 anos como única unidade de referência para o atendimento psiquiátrico no estado (WADI, 2009).

Em 1945 foi inaugurado o hospital psiquiátrico “Sanatório Bom Retiro”. E, em 1954, o “Hospital Colônia Aduino Botelho”, primeiro hospital público que possuía uma ala funcionando como manicômio judiciário. Todos eles localizados na capital do Estado (WADI, 2009).

A construção do Hospital Colônia Aduino Botelho apresentou-se como estratégia nacional do Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1914, que tinha como objetivo melhorar a assistência psiquiátrica em todo o país. Contudo, não demorou para que esse hospital se tornasse um depósito humano, assim como os demais existentes no país (FERNANDES, 2004).

Segundo Wadi (2009), na década de 1940, foi fundado, também em Curitiba, o primeiro ambulatório psiquiátrico. E só, aproximadamente, 20 anos depois, outras unidades foram implantadas no interior do Estado. Contudo, a existência desses ambulatórios e de apenas um hospital psiquiátrico público (isso até a década de 1970) não era suficiente para atender toda a demanda, nem tão pouco oferecer serviço de qualidade. Frente a tudo isso, a assistência no Paraná foi diagnosticada, em 1994, pela Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, como:

[...] baseada nos métodos tradicionais:

- * hospitalização com desvinculação do paciente de sua família e comunidade;
- * tratamento predominantemente medicamentoso, à base de psicotrópicos;
- * atendimento ambulatorial em apenas 20 Centros de Saúde, nas sedes dos Distritos Sanitários (PARANÁ apud WADI, 2009, p. 83).

O déficit de serviços públicos de atenção, inclusive hospitalares, foi responsável pelo maciço processo de privatização de leitos que ocorreu no Estado. A privatização da assistência se expressa nos dados divulgados em documento da Secretaria Estadual de Saúde de 1995, que atestam a existência de 22 hospitais privados credenciados ao SUS, responsáveis pela oferta de 93% dos 4.819 leitos existentes no estado (PARANÁ apud WADI, 2009).

Contudo, a política de assistência estadual também sofreu influências das transformações implementadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira e que resultaram em diversas estratégias de reestruturação da assistência paranaense. Entre elas, Wadi (2009) destaca a “Proposta para uma política de Saúde Mental da SESB”, de 1983. Tal proposta foi

elaborada a fim de redirecionar os objetivos da política até então pautados na internação, para ações de prevenção e promoção de saúde.

A influência da Reforma Psiquiátrica, assim como o início da assistência no Paraná, ocorreu de forma tardia. Tanto que será apenas na década de 1990 que se perceberá uma real tentativa por parte do governo do Estado em adotar os princípios da Reforma, o que muito provavelmente está vinculado a necessidade de recursos e de adesão às normas e diretrizes do SUS.

Com vistas a adequar a política estadual aos princípios nacionais foi criado, em 1995, o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental”, que elaborou as diretrizes gerais da Política de Saúde Mental do Paraná, apresentando três objetivos centrais:

- 1 – Estabelecer propostas de estudo epidemiológico para nortear as ações de promoção e assistência à Saúde Mental. [...],
- 2 – Promover a Saúde Mental da população através de ações básicas de saúde e integração com a comunidade. [...],
- 3 – Organizar, implementar e estruturar a assistência à Saúde Mental no Estado, dando prioridade ao atendimento ambulatorial. [...] (PARANÁ apud WADI, 2009, p. 88).

Nesse mesmo ano foi promulgada a lei estadual nº 11.189/95 que institucionalizou a política e dispôs “[...] sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtorno mental”.

Aprovada antes mesmo da lei federal, destaca no 1º artigo que nenhum usuário “sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos” e estabelece em seu artigo 2º as características do modelo assistencial como segue:

Art.2.º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Segundo Holzmann, Lacerda e Freitas (2008), para se adequar a nova legislação, o Estado adotou pontos de atenção para compor uma rede integral de assistência, sendo eles: Unidades Básicas de Saúde, atenção domiciliar (PSF e ACS), Pronto Atendimento,

Ambulatórios, Oficina Terapêutica, CAPS, Residência Terapêutica, Hospital-Dia, Hospital Clínica (leitos em hospitais gerais) e Hospital Psiquiátrico Integral.

Esses serviços compõem a atual política estadual. Contudo, a permanência e a forte influência dos hospitais psiquiátricos no Estado é uma realidade, o que dificulta a sua verdadeira reinserção nos novos moldes assistenciais.

No que se refere à rede de atenção de base territorial, a tabela abaixo destaca o número de algumas estratégias e serviços existentes no Paraná até o ano de 2011:

SERVIÇO/ESTRATÉGIA	NÚMERO
CAPS	94
Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda	46
Leitos em Hospitais Psiquiátricos	2.961
Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais	236

Quadro 6 – Número dos principais serviços e estratégias da Política de Saúde Mental paranaense em 2011.

Fonte: Brasil (2011b) e DATASUS (2012).

O Estado apresenta um indicador de 0,74 CAPS/100.000 hab., superior ao indicador nacional que é de 0,68. A maciça concentração de CAPS está na Regional de Saúde que compreende a capital e região metropolitana, já que ali estão implantadas 33 (trinta e três) unidades.

Na 15ª Regional de Saúde, que conta com 33 (trinta e três) municípios, há 8 (oito) unidades implantadas, estando 3 (três) delas localizadas no município de Maringá. Isso significa que existem 27 municípios da 15ª Regional de Saúde sem CAPS.

Ao que parece, os serviços de base territorial no Paraná têm complementarizado a internação psiquiátrica e não substituído, considerando o número de leitos em hospitais psiquiátricos (2.961). Aqui retomam-se as considerações de Bachrach e Baratz (1979) sobre a não ação do Estado como uma ação política e, nesse caso, voltada para a manutenção dos interesses dos donos de hospitais psiquiátricos.

A inexistência de ações efetivas para o fim dos hospitais psiquiátricos e, atualmente, o incentivo financeiro para abertura de novos leitos demonstra a prevalência dos interesses dos “empresários da loucura” no âmbito da política de saúde mental paranaense e brasileira.

Essas instituições funcionam, ainda, como depósitos humanos que violentam e levam, em muitos casos, os pacientes a óbito⁸. O que remete a seguinte questão: qual a diferença

⁸ Um exemplo dessa violência foi divulgado no dia 11/07/2011 pelo Jornal “Bom Dia Brasil”, por meio da matéria: “Frio pode ter causado morte de três pacientes em hospital de Sorocaba: o hospital psiquiátrico está sob suspeita. Segundo denúncias, faltam médicos e que três pacientes teriam morrido pelo mesmo motivo: o frio”.

dessa forma de “assistência” daquela oferecida pelos hospitais psiquiátricos brasileiros do século XIX, que foram insistentemente questionados? Essa é uma questão importante que, entre outras, limita a política pública de saúde mental brasileira no que se refere ao objetivo de assegurar os direitos das pessoas com sofrimento psíquico.

O Estado do Paraná é composto por muitos municípios de pequeno porte que encontram dificuldades em implementar e gerir alguns serviços de saúde, entre eles os CAPS. Por isso, grande parte dos 399 municípios não contam com serviço especializado próprio para o atendimento em saúde mental, outros tantos não possuem nem profissionais da área atuando na rede básica de saúde.

A implantação de redes regionalizadas não parece estar sendo alternativa eficaz para a universalização de acesso à rede de atenção psicossocial para a população dos municípios menores, pois, como vimos, a maioria dos CAPS localizam-se nos municípios maiores, como o caso de Maringá.

Com isso, como já destacado nesse trabalho, os hospitais psiquiátricos com atendimento regionalizado são tidos como única estratégia assistencial.

3.3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ: O LONGO E DIFÍCIL CAMINHO

Maringá é o município pólo da Região Metropolitana de Maringá (RMM) e está localizado na mesorregião norte central do Paraná. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (censo de 2010), possui população de 357.117 mil habitantes. Planejada desde sua origem para ser pólo comercial, apresenta um modelo de desenvolvimento bastante diferente e importante em âmbito regional. Sua influência não se restringe à aspectos econômicos, já que tem papel central no cenário político.

A RMM foi criada em 1998 pela Lei Estadual nº. 83/98 e é composta por vinte e cinco municípios⁹. Mota (apud DAMASCENA, 2010) destaca que o recorte da RMM é apenas institucional, à medida que não há espacialidade metropolitana que possibilite alto grau de interação entre os municípios que a compõem.

⁹ Os municípios que compõem a RMM são: Atalaia, Bom Sucesso, Cambira, Floráí, Flórida, Jandaia do Sul, Lobato, Munhoz de Mello, Ourizona, Presidente Castelo Branco, Santa Fé e São Jorge do Ivaí, Astorga, Ângulo, Doutor Camargo, Floresta, Iguaraçu, Itambé, Ivatuba, Mandaguacu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Paçandu e Sarandi.

E, segundo Damascena (2010, p. 34), mesmo os municípios mais próximos “[...] à cidade pólo, apresentam naturezas variadas, populações com características diferenciadas e muitos problemas e demandas em comum. Entretanto, contam com raríssimas ações de políticas públicas conjuntas para diminuí-las”.

A dificuldade para estabelecer ações políticas conjuntas eficazes para atender as demandas comuns atinge, também, a assistência à saúde. O município de Maringá é referência em oferta de serviços especializados para toda a RMM, sendo grande parte de caráter privado. Os serviços públicos, em sua maioria, não atendem formalmente a demanda de outros municípios.

Contudo, existe uma estratégia regionalizada de atenção à saúde empreendida entre os municípios da 15ª Regional de Saúde, da qual Maringá é pólo. Trata-se do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP)¹⁰. Essa estrutura, que conta com um Centro Regional de Saúde, se restringe a oferta de consultas especializadas e exames para uma população de mais de 721 mil habitantes. No âmbito da saúde mental, conta com 8 (oito) residentes em psiquiatria para a oferta de consultas clínicas.

No que se refere ao acesso aos serviços especializados em saúde mental, principalmente àqueles de atenção psicossocial, grande parte das ações desenvolvidas em Maringá são municipalizadas. As únicas estratégias de assistência que atendem moradores de outros municípios são: emergência psiquiátrica do Hospital Municipal, por meio da oferta de alguns leitos para internação, e o Hospital Psiquiátrico de Maringá (referência para internações de longa duração).

Não há serviços especializados de atenção comunitária (CAPS, por exemplo) de caráter regionalizado, sendo que dos 25 (vinte e cinco) municípios da RMM, apenas 5 (cinco) possuem CAPS (ver quadro a seguir). Todos os outros não possuem serviço especializado de base territorial, desenvolvendo suas ações em saúde mental, quando o fazem, na rede básica de saúde.

¹⁰ Iniciado em 2002, o CISAMUSEP é um consórcio de saúde estabelecido entre 30 (trinta) municípios da 15ª Regional de Saúde, sendo eles: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaraçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Monhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor.

Município	Número de CAPS
Mandaguari	1
Marialva	1
Maringá	3
Paiçandu	1
Sarandi	1
Total	7

Quadro 7 – Número de CAPS por município da RMM até novembro/2011.

Fonte: DATASUS (2012).

Maringá, atualmente, conta com muitas ações e estratégias no âmbito da Saúde Mental. O primeiro serviço destinado ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico implantado no município foi o Hospital Psiquiátrico “Sanatório Maringá”, fundando em 1963.

No que se refere ao atendimento ambulatorial, as primeiras ações ficaram a cargo do Estado que, a partir de 1974, passou a oferecer consultas psiquiátricas e psicológicas para os trabalhadores contribuintes da previdência no Centro de Saúde do Estado (SILVA, 2000).

O atendimento à saúde mental no âmbito do SUS e, por isso, de caráter universalizado, só passa a ser desenvolvido na década seguinte, com a inserção do profissional psicólogo nos antigos postos de saúde. Durante anos, essa foi a principal estratégia assistencial. Contudo, o aumento da demanda levou a necessidade de implementação de novas ações. Por consequência, os diferentes gestores foram gradativamente ampliando o número de psicólogos nos postos de saúde.

Para além das dificuldades oriundas do número reduzido de profissionais, havia a falta de formação adequada para a atuação na saúde pública, o que dificultava ainda mais o trabalho. De modo geral, nesse momento (e ainda hoje) esse profissional tinha formação voltada basicamente para o atendimento clínico, o que não os capacitava para atuar no âmbito da política de saúde.

Como abordado em trabalho anterior (MARINI, 2010), a formação inexistente ou, quando muito, insuficiente dos psicólogos para atuar de forma efetiva no atendimento às demandas da população usuária dos SUS tem sido um entrave para a implantação de uma política pública de saúde mental de qualidade.

Retomando as considerações de Yamamoto (2003), mesmo reconhecendo que a Psicologia, a partir da construção da Psicologia Social Comunitária, voltou seu olhar para as demandas das camadas populares, passando a ter nas instituições e políticas públicas importantes campos de atuação, há um hiato entre as teorias clássicas voltadas ao atendimento

clínico individual e as necessidades teórico-práticas que a atuação no campo da política pública exige.

Essa não é uma realidade exclusiva à Psicologia, os demais cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, entre outros) não formam profissionais para essa atuação. Se considerarmos que a atuação no âmbito da saúde mental exige formação mais específica por se tratar de campo tão complexo, permeado por estereótipos e preconceito, conclui-se que a defasagem formação/demanda torna-se ainda maior.

Esse foi um dos problemas enfrentados no início da implantação da política de saúde mental do município de Maringá¹¹ e que foi responsável por dificuldades tanto internas, já que os profissionais e estagiários não sabiam como atender a demanda da população, quanto externas, já que a própria população reconhecia essa insegurança e a ineficácias das práticas inicialmente empregadas por esses profissionais.

Contudo, com o desenvolvimento da política, marcada pela contratação de novos profissionais, pela oferta de campo de estágio para os alunos da UEM, pela parceria com essa instituição na realização de cursos de formação para a equipe e com as reuniões constantes dos profissionais, pode-se aos poucos estabelecer diretrizes de ações que pudessem, ao menos, minimizar a falta de formação (SILVA, 2000).

Fruto de tudo isso, tem-se a elaboração, em 1988, do Plano de Atuação dos Psicólogos da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social (SSBES). Essa foi a primeira tentativa de institucionalizar a política. O plano determinava ações em âmbito primário (atendimento nos postos de saúde), atendimento secundário, com a criação de um ambulatório de saúde mental para a oferta de serviço especializado e multidisciplinar e, ações ao nível terciário, que exigiria a criação de um hospital dia para o atendimento de usuários em crise e com psicopatologias graves.

Esse plano não foi efetivado pela administração municipal. Mas a ação de construí-lo demonstra o engajamento dos técnicos no processo de estruturação de uma política mais efetiva. Os avanços alcançados se restringiram a contratação de mais profissionais e a inclusão gradativa de outras especialidades no âmbito da política de saúde mental (MARINGÁ, 1989 apud SILVA, 2000).

¹¹ E como veremos, com base nas entrevistas realizadas com gestores e usuários de alguns dos serviços de saúde mental de Maringá, a problemática de falta de formação para atuação na saúde pública é, ainda, uma realidade.

O aumento do número de profissionais não atendia a demanda por atendimentos especializados e complexos, por esse motivo, os profissionais mantêm a mobilização no sentido da criação do ambulatório de saúde mental.

Todavia, a implantação de um Ambulatório de Saúde Mental não dependia só do grupo de psicólogos, que por diversos momentos já havia mostrado a necessidade da mesma. Assim, tem continuidade o trabalho em UBS permeado por estudos, pesquisas e cursos na tentativa de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população (SILVA, 2000, p. 97).

Em síntese, até o ano de 1992, Maringá possuía os seguintes serviços em saúde mental: atendimento nos postos de saúde (estratégia central), Hospital Psiquiátrico “Sanatório Maringá” credenciado ao SUS, Centro Regional de Especialidades, que sob a administração do Estado atendia as demandas de todos os municípios da 15ª Regional de Saúde, o Centro Comunitário de Saúde Mental e a Unidade de Psicologia Aplicada da UEM (SILVA, 2000).

Nesse contexto, foi realizada, em 2000, a I Conferência Municipal de Saúde Mental, que teve como principal objetivo discutir a implementação da Reforma Psiquiátrica no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e assim reestruturar a política de saúde mental do município sob essas novas diretrizes. Para isso, dentre as muitas propostas aprovadas no relatório final destaca-se: a criação do Ambulatório de Saúde Mental (MARINGÁ, 1992 apud SILVA, 2000).

Até esse momento todas as propostas de reestruturação da política na tentativa de implementar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica partiam dos técnicos de saúde mental, que ora obtinham apoio da gestão municipal ora não. O que se percebe (com base nos relatos de SILVA, 2000) é que, à medida que se alteravam os gestores municipais, uma nova configuração era adotada. Havia desde novas contratações, ao remanejamento de psicólogos para outras secretarias, ameaça de privatização do serviço de saúde, riscos de demissões em prol da redução de gastos com as políticas sociais, entre outros.

Tudo isso ocorria, entre outras coisas, porque a política de saúde mental nacional não havia sido estruturada e por conta disso não havia uma política de financiamento efetiva. Nesse momento, o Ministério da Saúde ainda não garantia de forma eficaz o financiamento das ações, o que submetia a política de saúde às agendas e interesses dos gestores estaduais e municipais.

Essa realidade, destacada por Arretche (2003) no que se refere à submissão das ações das políticas públicas as agendas e interesses locais, se alterou a partir da década de 1990, quando o Ministério da Saúde assume o papel de principal articulador da política de saúde e,

por meio da estratégia de repasse de recursos condicionada à observância da legislação e projetos nacionais, garantiu a adesão maciça dos municípios aos princípios do SUS.

Em 1994, finalmente, foi implantado o ambulatório de saúde mental “Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM)”. O atendimento realizado no CISAM foi inicialmente de caráter regionalizado. Contudo, sua criação não foi suficiente para atender toda a demanda por atendimento especializado.

Como estratégia para superar essas dificuldades, alguns técnicos realizaram visitas a cidade de Santos para conhecer a estrutura do atendimento que se tornou modelo de implantação da Reforma Psiquiátrica para todo o país. Nessas visitas eles concluíram que a experiência maringense estava na contramão da política santista, já que, grande parte dos atendimentos no CISAM era destinada às crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo os casos de sofrimento psíquico grave atendidos no hospital psiquiátrico.

A partir dessa constatação, os técnicos elaboraram a proposta de implantação de alguns NAPS no município e de um serviço de emergência psiquiátrica para a assistência das demandas mais complexas, de modo a evitar as internações no hospital psiquiátrico. Tais propostas não foram implementadas (MARINGÁ, 1996 apud SILVA, 2000).

Em 2000, Maringá inicia a implantação das estratégias do Programa Saúde da Família (PSF), o que representou uma reformulação assistencial pautada em ações preventivas junto à população. Segundo Silva (2000), a reformulação da atenção básica exigiu uma reavaliação da atenção secundária e terciária em todas as áreas, inclusive, da saúde mental. Para isso, a Secretaria Estadual de Saúde elegeu uma comissão, que conjuntamente com a assessoria de uma empresa contratada, concluiu que o atendimento a nível secundário realizado apenas pelo CISAM não era suficiente para atender toda a demanda e que o atendimento a nível terciário estava a cargo apenas do hospital psiquiátrico. Por isso, foi sugerida, mais uma vez, a criação de novos serviços assistenciais.

E, em 2000, um novo ator vem compor o processo de reivindicações no âmbito da política de saúde mental: a Associação Maringense de Saúde Mental. Composta por usuários e familiares, a associação apresenta papel importante para a política municipal por meio da participação nas esferas deliberativas e pela manutenção de projetos de geração de trabalho e renda. Atualmente existem dois projetos de geração de trabalho e renda em Maringá, desenvolvidos em parceria entre alguns serviços de saúde mental e Associação, sendo eles: Projeto Girassol (de artesanato) e o projeto Pescando Mentes, que produz bóias para pescaria.

E, só, em 2003 foi inaugurado o primeiro CAPS do Município (CAPS ad), em seguida o serviço de emergência psiquiátrica, mais tarde, o CAPS II e recentemente o CAPS i.

Portanto, atualmente, o município conta com os seguintes serviços especializados: CAPS ad, Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal, CAPS II, CAPS i, o Ambulatório de Saúde Mental (CISAM) e o Hospital Psiquiátrico (que oferece leitos de atendimento pelo SUS).

Como já dito, todos os serviços, exceto a emergência psiquiátrica e o hospital psiquiátrico, são municipalizados. O serviço de Emergência Psiquiátrica conta com 26 leitos para internação e é referência para mais 66 municípios. De todos os atendimentos realizados em 2010, 3.088 foram de usuários do próprio município, o que corresponde a 66% do total de atendimentos realizados. Apenas 1.620 atendimentos foram destinados para usuários de outros municípios. A maioria da demanda regionalizada é, portanto, encaminhada para o Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Esse hospital conta hoje com 240 leitos para internação. E atualmente está em discussão no município a contratação de mais 80 leitos/SUS para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Fruto de uma série de críticas dos estudiosos e militantes da Reforma Psiquiátrica no município, essa estratégia se mantém sob a justificativa de que nenhum hospital geral aceitou a contratação desses leitos.

Assim, percebe-se que embora o município durante todos esses anos tenha implementado serviços especializados, o atendimento para sofrimento psíquico grave e dependência química é realizado em grande parte no Hospital Psiquiátrico.

O município conta, ainda, com duas residências terapêuticas, e uma terceira em processo de implantação. A tabela abaixo resume os tipos e o número de serviços especializados em saúde mental do município de Maringá:

Serviço	Número
CAPS	3
Residências Terapêuticas	2
Serviço de Emergência Psiquiátrica	1
Hospital Psiquiátrico	1
Ambulatório de Saúde Mental	1
Total	10

Quadro 8 – Serviços especializados em saúde mental do município de Maringá por tipo e número em 2011.

Fonte: DATASUS (2012) e entrevistas com gestores dos serviços de saúde mental e coordenadora da política de saúde mental do município de Maringá.

Além dos serviços especializados, o município conta com 25 (vinte e cinco) Unidades Básicas de Saúde, todas ofertando atendimento psicológico e 7 (sete) Núcleos de Apoio à

Saúde da Família - NASF, sendo que cada equipe conta com 01 psicólogo para o desenvolvimento das ações em saúde mental.

Essa é a atual rede de assistência à saúde mental do município de Maringá que, embora apresente limites, pode ser considerada de qualidade no que se refere ao número de serviços e abrangência da assistência. Isso se comparada aos diversos outros municípios do Estado.

Os serviços são, em grande parte, municipalizados. Na grande maioria dos casos, para os moradores de outros municípios, com demandas mais complexas, o Hospital Psiquiátrico é a referência assistencial.

Por isso, o Hospital Psiquiátrico é elemento importante da política de saúde mental de Maringá e da 15ª Regional de Saúde. Garantindo a soberania no que se refere à oferta de leitos de internação psiquiátrica para a demanda municipal e regional.

4 CONSIDERAÇÕES DOS USUÁRIOS, GESTORES E COORDENADORA ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL MARINGAENSE

Nesse capítulo será apresentada a análise realizada a partir do material obtido com as entrevistas de usuários, gestores de serviços especializados e com a coordenadora da política de saúde mental do município de Maringá. Essas informações possibilitaram a construção do geral da concepção e avaliação que esses diferentes agentes apresentam dessa política.

Inicialmente serão apresentadas informações que permitem construir um perfil desses entrevistados e em seguida serão apresentadas as informações ordenadas com base nas categorias de análise descritas na metodologia.

4.1 ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS

4.1.1 Perfil dos Usuários Entrevistados

Foram entrevistados 12 (doze) usuários da política pública de saúde mental do município de Maringá. Sendo 6 (seis), 3 (três) homens e 3 (três) mulheres, usuários do CAPS II e 6 (seis), 3 (três) homens e 3 (três) mulheres, usuários do CAPS AD.

O primeiro bloco de questões das entrevistas objetivava estabelecer um perfil desses usuários. Foi composto de questões acerca da idade, escolaridade, estados civil, renda, dentre outras (ver APÊNDICE C).

A partir das respostas obtidas constatou-se que 5 (cinco) entrevistados tinham idade entre 30-39 anos, 3 (três) idade entre 40-49 anos e 4 (quatro) acima de 50 anos. No que se refere à escolaridade, 7 (sete) possuíam ensino fundamental incompleto, 1 (um) ensino fundamental completo, 2 (dois) ensino superior incompleto, 1 (um) declarou-se analfabeto e 1 (um) com ensino superior completo.

A variável estado civil foi analisada conjuntamente com a variável sexo. A partir disso, constatou-se que 5 (cinco) homens entrevistados são solteiros e 1 (um) é casado. Das mulheres entrevistadas, 2 (duas) são casadas, 2 (duas) são solteiras, 1 (uma) é viúva e 1 (uma) divorciada. Ou seja, 4 (quatro) entrevistadas encontram-se sem companheiro.

Já, a variável renda individual foi analisada conjuntamente com a ocupação e o sexo. Dos usuários homens entrevistados, 3 (três) estavam desenvolvendo atividade produtiva remunerada, sendo a renda de 2 (dois) deles de até três salários mínimos e do terceiro de um salário mínimo. O restante (três usuários) não possuía trabalho formal, estando 1 (um) deles sem renda e 2 (dois) recebendo um salário mínimo de benefício por conta do adoecimento. É importante destacar que todos os entrevistados com trabalho formal são usuários do CAPS AD.

Com relação às mulheres entrevistadas, 2 (duas) afirmaram não possuir renda alguma e não desenvolver atividade produtiva formal. O restante (quatro entrevistadas) recebia benefício ou era pensionista, sendo a renda de 3 (três) delas de um salário mínimo e de 1 (uma) delas de até quatro salários mínimos.

4.1.2 Assistência a Saúde Mental

A categoria Assistência a Saúde Mental apresenta como subcategorias: Avaliação da Assistência Progressiva, Avaliação da Assistência Atual e Ações intersetoriais entre a política de saúde mental e demais políticas públicas. Segue a análise de cada uma delas.

4.1.2.1 Avaliação da Assistência Progressiva

No que concerne a modalidade de assistência recebida, de todos os entrevistados apenas 1 (um) nunca foi internado em hospitais psiquiátricos ou em Serviço de Emergência Psiquiátrica e teve como única forma de assistência o serviço que utiliza atualmente (CAPS AD). A grande maioria dos entrevistados iniciou a assistência à saúde mental por meio da internação, fato que evidencia a centralidade dessa estratégia de atendimento no âmbito da política de saúde mental brasileira.

Dos 11 (onze) usuários que já foram internados, 6 (seis) o foram só em hospitais psiquiátricos tradicionais, 2 (dois) apenas no serviço de emergência psiquiátrica e 3 (três) em ambos os serviços. Segue as avaliações que esses usuários fizeram da assistência recebida

durante as internações, sendo que as mesmas foram divididas entre avaliação das internações em hospitais psiquiátricos e avaliação das internações em serviço de emergência psiquiátrica.

A assistência recebida no hospital psiquiátrico foi avaliada como negativa por 4 (quatro) usuários, as justificativas para essa avaliação mais recorrentes estão diretamente relacionadas com o número insuficiente de profissionais para atender os pacientes. Segundo eles, esse fator leva à precarização do atendimento e faz com que não haja muitas atividades no projeto terapêutico, de modo que os internos ficam a maior parte do tempo sem qualquer atividade. E exige, também, organização interna do hospital voltada ao controle de muitos pacientes por um número pequeno de profissionais e que encontra na administração excessiva de medicamentos uma solução.

Algumas falas dos usuários são ilustrativas:

Usuário 10: – *Lá não tem assistência, você tem vida de cachorro. Lá é que nem gado, como eu to te dizendo, você vai, você só é mais uma cabeça lá dentro. [...] Lá qualquer coisa eles te amarram e te dão injeção, não tem outra maneira lá dentro que seja diferente disso. Amarrado, injeção e remédio, amarra você e te metem a seringa e te põe pra dormir.*

Usuário 12: – *Eu prefiro ir para a cadeia, lá eles só me davam remédio. Você queria dormir e não podia porque eles trancavam o portão, você tinha que ficar acordado ruim mesmo. Davam banho na gente com uma mangueira, eu lembro disso. Sei que é ruim e não quero passar por lá de novo.*

Na mesma linha de críticas nas falas abaixo foram incluídas questões relacionadas, também, a falta de higiene:

Usuária 1: – *Tem pouca gente que trabalha lá, por isso fica todo mundo misturado. Para mim, eles nem procuram atender direito, já vão longo dando injeção para dormir, que eu não tomei, a não ser no primeiro dia, que não lembro. [...]. De manhã quando ia no banheiro, tinha que ficar desviando das sujeiras que os outros faziam no chão mesmo. Sorte que saí de lá logo, se não ia sair de lá pior do que entrei.*

Usuária 8: – *E cada vez que eu internava, os hospitais de Porto Alegre são podres, eles nunca, nunca varrem o chão. Então, aquilo é assim contaminado e tinha piolho. [...] Ficava todo mundo no pátio, e eu não queria ficar lá, queria entrar, mas não podia. As pessoas ficam caminhando ou deitadas, tinha um casarão onde era o refeitório, sujo, sujo, sujo, que horror meu Deus! Um dia entupiu o cano e alagou tudo e a gente tinha que caminhar na água, por que a gente não se acomodava, não parava.*

Alguns usuários criticaram as internações por que nos hospitais ficavam presos, eram obrigados a tomar medicamentos e quando não o faziam eram submetidos a práticas violentas. A fala da **Usuária 5** resume a situação:

– Lá no sanatório eu recebia remédio o tempo todo e era amarrada quando não queria tomar.

A má qualidade da alimentação, a falta de espaço físico, a ausência de liberdade para fazer o que se deseja, a falta de interação entre os pacientes e, sobretudo, o péssimo atendimento por parte dos funcionários, também foram destacados.

Dos usuários entrevistados submetidos à internação em hospitais psiquiátricos, 4 (quatro) avaliaram a assistência de forma positiva e 1 (uma) de forma regular. Contudo, quando foi solicitado aos usuários que justificassem sua avaliação, mesmo aqueles que avaliaram positivamente a assistência não tinham elementos concretos para fazê-lo, pelo contrário, teceram uma série de críticas negativas.

Esse foi o caso do **Usuário 3**. Segundo ele a assistência no hospital: *– É bom, mas eu não quero ficar mais lá não [...].* E quando perguntado por que, disse: *– Porque só deixava eu preso, não deixava eu ir embora. Lá eu tomava muito remédio e ficava andando assim (imita um andar lento e descoordenado) quando saía do sanatório por causa do remédio.*

O mesmo ocorreu com o **Usuário 6** que avaliou a assistência como regular e justificou respondendo: *– Olha eu não desejo aquele lugar para ninguém, não vou falar que a assistência é péssima porque não se gosse em prato que come. Mas falta a desejar muito aquele hospital, por falta de espaço físico, por falta de entendimento por parte dos profissionais [...].*

As usuárias 5 e 8 também avaliaram a assistência de forma positiva e justificaram dizendo:

Usuária 5: *– Porque eu tive que passar por tudo isso aí, que foi bom porque eu aprendi a me controlar, eu não tinha controle. Eu era muito agitada, nervosa. Quando as pessoas falavam as coisas comigo eu não aceitava. Eu aprendi que não é assim, que eu tenho que abaixar a cabeça e ouvir, os mais informados do que a gente. [...] lá tem silêncio, eu não suporto barulho. Também tenho relação ruim com a mulher do meu pai, ela gosta de me irritar e xingar.*

Usuária 8: *– Foi graças ao hospital psiquiátrico que consegui melhorar. Em casa eu só ficava de cama, não comia e nem tomava banho. Quase morri. No hospital que melhorei e pude vir para cá.*

Contudo, mesmo com avaliação positiva e com o reconhecimento do papel dessa assistência em suas melhoras, elas também apresentaram críticas negativas.

A **Usuária 8**, por exemplo, diz que sempre pegava piolhos no hospital (inclusive sofreu um acidente grave quando tentou utilizar um veneno para matá-los) e que os hospitais da cidade que morava eram podres, sem limpeza e higiene. Já, a **Usuária 5** queixou-se de ser amarrada para ser medicada e que para se chegar ao refeitório era necessário passar por um banheiro sujo.

Assim, percebe-se que todos que avaliaram de forma positiva e regular a assistência dos hospitais psiquiátricos apresentaram uma série de denúncias com relação à má qualidade da assistência.

Muitos dos usuários foram internados em diferentes hospitais e em diferentes cidades paranaenses. Uma usuária, inclusive, foi internada em hospitais de outro estado. A realidade se repete em todos eles. O excesso de medicação, a péssima qualidade do atendimento por parte dos profissionais, a falta de higiene e a persistência de práticas violentas (amarrar, dopar) são denúncias recorrentes.

Foi possível perceber que a avaliação positiva e regular parece estar associada ao fato de que nos momentos de crise e intenso sofrimento, foram os hospitais psiquiátricos que ofereceram a assistência e os cuidados mínimos necessários para a melhora. Por isso, há o reconhecimento da necessidade dessa assistência.

O fato de que muitos usuários apresentam dificuldades de relacionamento familiar e são vítimas de abandono nos momentos de crise, justifica o reconhecimento da importância desse atendimento em detrimento da sua qualidade ou não. Muitos preferem o isolamento e a “tranqüilidade” do hospital às relações conflituosas com a família e a falta de assistência quando estão em suas casas. A isso soma-se a crença de muitos de que seus comportamentos, quando em crise, exigem o tratamento enérgico recebido no hospital (como no caso da **Usuária 5** que diz ter aprendido abaixar a cabeça durante as internações).

O fato é que para os pacientes em crise a solução que se apresenta no âmbito da política pública de saúde mental, ainda, é a internação. E como já discutido no capítulo 3, os hospitais psiquiátricos são em maior número, possuem mais leitos e apresentam atendimento regionalizado, o que os tornam referência para a internação. Ele é, portanto, reconhecido por alguns usuários como necessário.

Não se pode desconsiderar, contudo, que permanece intramuros de hospitais psiquiátricos a manutenção de práticas violentas e violadoras da dignidade humana e dos direitos dos usuários. Muitos afirmaram que não querem voltar lá, que a cadeia é melhor, que

foram tratados como cachorro e que se permanecessem lá iriam piorar. Retomam-se, assim, as considerações de Foucault (2003) e Goffman (1974) acerca da função cronificadora e de exclusão social apresentada por essas instituições.

A crítica a essa forma de assistência é uma constante do Movimento de Reforma Psiquiátrica, sendo que o estabelecimento de estratégias para impedir a manutenção de práticas violentas sempre ocupou papel importante nos documentos e legislações.

No relatório final da IV CNSM, fica explícita a necessidade de garantir o acesso a tratamento sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes.

Já a Carta de Direitos dos Usuários diz que “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”. Afirma, ainda, que devem ser proibidas formas de violência pretensamente terapêutica como: camisa de força, cela forte, amarrar, superdosagem de medicamentos, dentre outros.

A partir das falas dos usuários constata-se que essas normatizações e orientações não estão sendo cumpridas, fato que exige maior empenho no processo de implementação da rede substitutiva, para a implantação de serviços de Emergência Psiquiátrica, para a criação de leitos de internação em hospitais gerais e maior fiscalização dos hospitais psiquiátricos em funcionamento, para que não se espere a morte de internos (como ainda ocorre em diversos hospitais dessa natureza).

No âmbito da política de saúde mental, são os serviços de emergência psiquiátrica e os leitos para internação em hospitais gerais as estratégias para substituir os hospitais psiquiátricos. Em Maringá, e para alguns dos usuários entrevistados, o serviço de emergência psiquiátrica cumpriu esse papel. Por isso, eles avaliaram a assistência que receberam quando foram internados ali.

Todos os usuários (5) que foram internados no Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal avaliaram positivamente a assistência recebida e, entre as justificativas dadas por eles destaca-se: o bom atendimento, atenção da equipe, alimentação de qualidade, higiene, organização interna e variedade de atividades (muitas atividades lúdicas: bingos, sorteios e festas). Segue algumas falas que ilustram essa avaliação:

Usuária 1: – *Lá fui muito bem cuidada, participei de uma festa junina, de sorteio de brindes, jogo de bingo. Lá tratam a gente bem, por isso eu acho que a ala do Municipal que*

ta desativada devia se usada pela emergência, para poder atender mais gente [...] Não quero mais ser internada, mas se for lá, eu vou tranqüila.

Usuária 7: – *Lá eles trata a gente muito bem, as enfermeiras são atenciosas. [...] Lá é tudo muito organizado, com horários, é muito limpo e a comida é muito boa, tem várias refeições por dia.*

Não houve nenhuma crítica negativa a assistência oferecida nesse serviço. Faz-se importante destacar que ele é regionalizado, mas o número de leitos existentes não é suficiente para atender toda a demanda, o que leva ao encaminhamento de grande parte dos pacientes de outros municípios para o Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Por isso é necessário a implantação de novos serviços de emergência psiquiátrica ou ampliação dos leitos, o que deveria estar associado à implantação de leitos para internação em hospitais gerais. A oferta de atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais tem sido um dos maiores desafios para extinção dos hospitais psiquiátricos.

No relatório da IV CNSM permanece a necessidade de implementação de rede assistencial efetiva que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado. Exige, também, a aplicação de legislações específicas com esse fim.

A preocupação com o direito de receber assistência em serviços abertos e não em manicômios também está presente na Carta de Direito dos Usuários que prevê a ampliação de leitos em hospitais gerais e serviços de base territorial. É só por meio dessas ações específicas que o manicômio poderá ser superado.

4.1.2.2 Avaliação da Assistência Atual

Como já destacado, todos os usuários entrevistados são usuários de serviços de base territorial que compõe a rede maringaense de assistência: CAPS AD e CAPS II. Por isso, foi solicitado que avaliassem a assistência que recebem atualmente e os motivos de sua avaliação.

Todos os entrevistados avaliaram a assistência que recebem desses serviços como positiva. Contudo, as justificativas dessa avaliação serão divididas entre os dois serviços, de modo a possibilitar a análise das características da assistência de cada um deles.

Dentre as respostas dos usuários do CAPS AD, a justificativa mais recorrente, citada por praticamente todos eles, foi o bom atendimento recebido por parte dos profissionais. As

atividades que compõem o projeto terapêutico também foram citadas como prazerosas, assim como a possibilidade de interação entre os próprios usuários e entre eles e a equipe, destacando-se a importância do compartilhar experiências durante o tratamento. Em geral, os usuários destacaram que são atendidos com respeito e dignidade. Algumas falas ilustram essas avaliações:

Usuária 1: – *Aqui é ótimo, os profissionais são muito pacientes e atenciosos. Gosto das atividades que faço, a terapia ocupacional. Não fico uma semana sem vir.*

Usuária 2: – *A assistência aqui é ótima, já melhorei muito depois que comecei a freqüentar o CAPS. Gosto das atividades de artesanato. Gosto das conversas, da convivência com as pessoas no serviço, do atendimento psiquiátrico [...]. Tudo o que faço aqui está sendo muito importante, as sessões em grupo, todas as atividades que realizo.*

Usuária 7: – *Não dá para falar, é uma família que eu não tenho. Quando eu faço culinária eu invento, eu mato eles de comer, eles gostam da minha comida, eu agrado. Eles faz da tripa coração para aconchegar a gente e para dar assistência. Às vezes eles até engolem coisas calados de outros usuários.*

Considerando a importância do vínculo e do acolhimento entre equipe, usuários e familiares para o a superação da lógica manicomial, necessidade expressa na IV CNSM, o questionário abordou esse tema em uma de suas questões. As respostas obtidas confirmam o que foi descrito acima, ou seja, a existência de relações positivas e acolhedoras entre usuários e profissionais. Alguns dos entrevistados afirmaram que sentem a equipe como parte da família, fato expresso na fala da **Usuária 7**, citada acima, e na fala do **Usuário 12** que segue:

Usuário 12: – *Para mim é normal, é tipo uma família para mim. Sempre me atendeu bem. O atendimento é normal.*

Ainda no sentido de compreender a avaliação que os usuários faziam do serviço foi perguntado se havia alguma sugestão para a melhora do atendimento no CAPS AD. Três usuários afirmaram que não havia sugestão uma vez que estavam satisfeitos. Os outros realizaram sugestões referentes à estrutura física, já que o espaço não conta com um local apropriado para os familiares que esperam; referente ao número insuficiente de profissionais psicólogos; à necessidade de maior envolvimento da família no tratamento, atribuindo-se a responsabilidade aos profissionais que devem cobrar mais essa participação. A fala da **Usuária 2** ilustra a preocupação com a falta de participação das famílias:

Usuária 2: – *O que poderia ser melhorado é o atendimento às famílias. Eu acho que os técnicos deveriam cobrar mais a participação das famílias nas atividades. A família precisa conhecer o problema, ao invés de fechar os olhos ou simplesmente abandonar o*

dependente químico. Eu já vi casos de pais que vem trazer os filhos adolescentes e depois só vem buscar, não se envolvem no tratamento. A família tem que fazer parte do programa e ajudar.

A partir das falas dos usuários ficam explícitas duas categorias diferentes de reivindicações. A primeira refere-se ao cotidiano dos serviços e as ações direta dos profissionais, uma vez que lhes é cobrada maior atuação junto às famílias. Na segunda categoria os problemas estão vinculados a gestão da política e é reconhecida a impossibilidade de atuação direta dos profissionais para resolver o problema.

Em síntese, os usuários do CAPS AD apresentam-se satisfeitos com o atendimento recebido, sendo que todos reconheceram muitas melhoras em sua vida após o início do tratamento. O estabelecimento de vínculo acolhedor entre usuários e a equipe de profissionais parece ser o eixo central do processo terapêutico. Muitos se sentem mais acolhidos ali do que em suas casas.

Os usuários do CAPS II também avaliaram positivamente a assistência recebida. Elencando como pontos positivos: a qualidade do atendimento; acolhimento por parte dos profissionais; atividades prazerosas; higiene e qualidade da alimentação; organização do ambiente e da rotina diária; interação entre usuários e possibilidade de fazer amizades; ausência de medicação excessiva e; a liberdade. As falas abaixo expressam essas afirmações:

Usuário 4: – *Excelente, os profissionais são dóceis com a gente, elogiam e corrigem quando precisa. Aqui eu faço amizade e também participo da cozinha terapêutica e eles sempre elogiam meu trabalho.*

Usuária 8: – *É maravilhosa, porque aqui cada profissional tem uma maneira de ser própria para sua função, todos não negam a palavra para a gente. Aqui a gente tem problema sério, por isso eles não ficam de bate-papo e eles tão certos. Eu gosto de vir pro CAPS, fazer as atividades, participo de todas que posso.*

No CAPS II, assim como no CAPS AD, o vínculo de acolhimento entre profissionais e usuários apresentam-se para os primeiros como elemento central para a qualidade da assistência. O estabelecimento de vínculo positivo foi constante para praticamente todos os entrevistados, exceto para 2 (dois) deles que afirmara já terem apresentado desavenças e conflitos com a equipe.

A **Usuária 9** diz que: – *Aqui a assistência é muito boa. Mas eu já tive problemas com alguns funcionários que acho que não deveriam estar trabalhando em CAPS. Eu que tenho bom funcionamento percebo que eles não tratam bem. Falam coisas que o paciente não devia*

ouvir, como se fosse bullying. Há agressões com palavras, mas como quero melhorar e preciso do tratamento eu deixo para lá.

Usuário 4: – *[...] cheguei a discutir com o psicólogo, porque eu gostaria de aumentar meus dias de vir e também porque eu queria ser atendido pela psicóloga. Por que eu não posso, não é direito meu escolher o psicólogo. Você perguntou isso ao psicólogo? – Nem perguntei por que eles sempre quer ter razão.*

Esses dois usuários avaliaram a assistência de forma positiva, contudo evidenciaram experiências conflituosas com a equipe de profissionais, em suas falas são identificadas situações de autoritarismo, considerando que os funcionários sempre têm razão nas disputas e conflitos. Há também a denuncia de situações de submissão para a manutenção do atendimento e de violência psicológica (*bullying*). Essa queixa é mais contundente para a **Usuária 9**, que relata situações vexatórias às quais são expostos os pacientes mais crônicos.

A pergunta sobre como era a relação entre usuário e equipe foi respondida por ela da seguinte forma:

Usuária 9: – *Depende do profissional, com alguns a relação é boa e outros desestruturam a gente. Quando acontece isso? – Dizem para aqueles que não conseguem fazer alguma atividade que ele não sabe fazer nada, eles estão aqui para ensinar e não para brigar e xingar, a gente fica magoado. Mas fazer o que, aqui a gente tem o tratamento, mas às vezes sai pior.*

Para os demais entrevistados, a relação com a equipe foi descrita como positiva. A fala que segue exemplifica essa percepção:

Usuária 8: – *É muito boa com todos. Todos me adoram. Me sinto querida, é um segundo lar para mim. Venho aqui quatro dias por semana, saio cedinho de casa e só volto à noite. Já chego cansada, porque não paro o dia todo, chego em casa e já durmo.*

A fala da **Usuária 8** traz um elemento importante de análise. O CAPS II é um hospital-dia, local onde os pacientes com sofrimento psíquico grave passam o dia para receber assistência. O atendimento envolve desde consultas clínicas (psicológica e psiquiátrica), à realização das demais atividades que compõem o projeto terapêutico (terapia ocupacional, artesanato, música, dentre outras). A grande maioria frequenta o CAPS várias vezes por semana, indo para casa apenas no final do dia.

Nesse sentido, a possibilidade de ocorrência de situações conflituosas é facilitada e, inclusive, saudável. O que se deve questionar é o espaço que os usuários encontram para manifestar suas insatisfações e reivindicações de melhoria no atendimento. Nas falas descritas acima, parece não haver muita consideração ou escuta por parte dos profissionais, o que

sugere a permanência de relações de autoridade e de ausência de autonomia e participação dos usuários.

Há, por parte da maioria deles, uma imensa gratidão por serem tratados bem, por receberem a palavra e por não serem ignorados. A vivência de experiência de descaso, exclusão e violência, tanto nas assistências já recebidas quanto na própria família, os levam a valorizar muito o tratamento recebido nos serviços.

Contudo, uma boa assistência não está pautada apenas em relações sem conflitos, na qual a obediência cega e o excesso de gratidão inviabilizam a crítica e o movimento de transformação. Os usuários devem participar ativamente no processo de gestão e organização dos serviços, papel garantido na IV Conferência e na Carta de Direitos, que exigem, ainda, a participação deles na definição de seu projeto terapêutico.

Experiências de participação nesse nível não foram identificadas em nenhum dos serviços pesquisados. As atividades desenvolvidas giram em torno das oficinas terapêuticas, da terapia ocupacional e das consultas clínicas. Há sim a existência de atividades lúdicas, muito valorizadas pelos usuários, mas faltam, ao que parece, espaços e oportunidades de participação coletiva na gestão dos serviços.

As repostas dos usuários do CAPS II à questão sobre as sugestões para melhora da assistência tiveram como conteúdo central a necessidade de aumentar as atividades, tanto lúdicas, quanto àquelas denominadas de “serviço” (atividades operacionais voltadas para a organização do serviço ou produções artesanais e de plantio de hortaliças). Algumas respostas ilustrativas:

Usuário 3: – *Ter mais serviço. Como assim? – Mais coisas para fazer.*

Usuário 6: – *Acho que poderia melhorar se tivesse mais jogos. O doente mental gosta das atividades lúdicas. Também acho que deveria ter pintura em tela novamente, que está em falta. Você já sugeriu isso alguma vez para os técnicos? – Não, só to falando para você, pode ser que tenha algum efeito.*

Um caso em particular chamou a atenção com relação a essa questão. O **Usuário 4** sugeriu como melhora que fossem aumentados os seus dias para frequentar o serviço e que haviam sido reduzidos sem justificativas. Antes de entrevistá-lo, em contato como a técnica que mediou o encontro, soube que ele estava sendo desligado porque era de outro município. Segundo ela, o município de origem do usuário já havia sido informado e estava tomando as providências, inclusive ele já estava realizando o atendimento psicológico lá.

Quando esse usuário iniciou o atendimento em Maringá, há mais de 10 anos, o atendimento era regionalizado. Segue sua fala:

Usuário 4: – *Gostaria que aumentassem meus dias de vir. Só consigo me sentir bem aqui. Aqui não ouço vozes e na minha casa sim. Não gosto de ficar na minha cidade, aqui me sinto protegido.*

Essa fala evidencia a extrema dependência que ele apresenta com relação ao serviço, associando a ausência dos sintomas ao ambiente protegido do CAPS. Tudo isso, justifica a angústia apresentada frente à diminuição dos dias de frequência e frente à ausência de justificativas para isso.

É importante ressaltar que o município de origem desse usuário não possui CAPS e nenhum outro serviço de atendimento especializado. Seu atendimento será realizado na rede básica.

Nesse caso específico dois fatores precisam ser considerados. Em primeiro lugar, o fato de que o usuário, seu desejo, não foi considerado no processo de tomada de decisão, inclusive lhe estavam sendo omitidas informações importantes. Em segundo lugar, evidencia-se a necessidade de propostas de criação de um CAPS regionalizado que atenda a demanda dos municípios da 15ª Regional de Saúde que não possuem o serviço. A proposta de implantação de serviços regionalizados consta na IV CNSM e compactua com as diretrizes de regionalização propostas pelo SUS.

Segundo a mesma conferência, os CAPS devem ser o instrumento central de assistência da política de saúde mental. E a esse usuário que será desligado, sem a possibilidade de receber assistência em outro serviço da mesma natureza, está sendo violado o direito de atenção integral à saúde com base em suas necessidades.

Retomando as sugestões de melhora da assistência realizadas pelos usuários do CAPS II, faz-se importante destacar a fala da **Usuária 9:**

– *Chamar técnicos que saibam trabalhar em CAPS, mais capacitados e que não tragam problemas de casa aqui para o serviço, que afeta a gente também. Falta capacitação para alguns e não todos. Alguns são bons profissionais.*

O reconhecimento da necessidade de formação dos profissionais da saúde mental é uma constante nos relatórios das conferências nacionais compondo, portando, a pauta de discussão da IV CNSM. Yamamoto (2003) evidencia essa necessidade com relação aos profissionais da Psicologia, contudo essa uma realidade que se estende as demais ciências da área.

A falta de formação dos profissionais é um dos elementos responsáveis pela manutenção de relações entre equipe e usuários pautadas na autoridade e na violência, se não física, psicológica e moral, como identificado pela **Usuária 8.**

Como destacado por Amarante (1995), desinstitucionalizar não significa desospitalizar e sim transformar a forma de ver e se relacionar com as pessoas com sofrimento psíquico, concebendo-as como cidadãs que merecem respeito. Por isso, o atendimento em serviços de base territorial não significa o rompimento da lógica manicomial.

No relatório da IV CNSM são realizadas propostas voltadas para a formação dos profissionais, tais como: inclusão nos cursos universitários de disciplinas que capacitem para a atuação na saúde mental; capacitação permanente oferecidas pelas instituições públicas a nível municipal, estadual e federal e; realização de concurso públicos que contemplem no conteúdo programático o conhecimento necessário para a atuação na área.

A formação é um desafio para a política pública de saúde mental, pois o princípios da Reforma Psiquiátrica se implementam, sobretudo, no cotidiano dos serviços e nas práticas diárias de seus profissionais.

Sobre a importância da formação, a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental diz 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”.

Essas são as considerações que puderam ser realizadas a partir da avaliação dos usuários acerca da assistência à saúde mental pregressa e atual. O que fica evidente é a superioridade da assistência oferecida nos serviços da política (CAPS e Serviço de Emergência Psiquiátrica) em relação ao hospital psiquiátrico tradicional.

A assistência no hospital reproduz práticas que há décadas são criticadas por produzir cronicidade e violação de direitos ao expor pacientes a situações degradantes e violentas. Contudo, a centralidade da internação em situações de surto e a carência de oferta de leitos em outros serviços (hospitais gerais e serviço de emergência psiquiátrica) tornam essas instituições toleráveis e necessárias.

Os serviços de base territorial pesquisados, por sua vez, são muito valorizados por apresentarem assistência de qualidade, com estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, organização interna, higiene, alimentação de qualidade e respeito à liberdade.

Algumas críticas foram realizadas, sobretudo no que concerne ao aumento e diversificação das atividades e da reprodução de relações de autoritarismo e desrespeito com os usuários por parte de alguns profissionais da equipe. Essa forma de tratamento é vinculada, pela usuária que fez a denúncia, à ausência de formação/capacitação desses profissionais para atuar na área. Percebeu-se, assim, a manutenção de algumas práticas autoritárias por parte de alguns profissionais.

Diante de tudo isso, o que se propõe é a criação de espaços de participação e comunicação aberta, onde os usuários, técnicos e familiares possam sugerir melhoras e dar suas opiniões e avaliações acerca da assistência e condição de trabalho. A criação de espaços que permitam a participação ativa dos usuários é instrumento imprescindível para o fomento da autonomia, participação social e para o rompimento de práticas tutelares que reforçam a dependência. E, ainda, a criação de espaços de formação e capacitação para os profissionais que atuam nesses serviços.

4.1.2.3 Ações Intersetoriais Entre os Serviços de Saúde Mental e Demais Políticas Públicas

A análise dessa subcategoria tem por objetivo identificar se os serviços de saúde mental pesquisados desenvolvem ações conjuntas com as demais políticas públicas do município. Isso porque, como afirma a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental: “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”.

Todos esses elementos compõem a cidadania de todos os cidadãos e devem ser garantidos às pessoas com sofrimento psíquico que, por sua condição de doente mental, foram por décadas excluídas do processo de construção/garantia de sua cidadania. Por isso, o maior compromisso estabelecido pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica é de reparar essa dívida social juntos aos usuários e familiares por meio da política pública de saúde mental (BIRMAN; COSTA, 1994).

Em todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental a importância da proposição de estratégias voltadas para a garantia de direitos da pessoa com sofrimento psíquico esteve sempre presente. No relatório final da IV CNSM, a preocupação em garantir não apenas o acesso à política de saúde mental, mas, também, às demais políticas públicas se evidencia na proposição do estabelecimento de parcerias e ações intersetoriais, sobretudo, entre as políticas de assistência social, justiça, direitos humanos e educação.

Por tudo isso, na entrevista buscou-se identificar se os usuários participavam de atividades fruto de ações intersetoriais, se eram usuários de outras políticas públicas e o papel dos serviços nesse processo.

De todos os entrevistados, 10 afirmaram não utilizar nenhuma outra política pública. Contudo, muito deles, sobretudo usuários do CAPS II, são aposentados ou recebem benefício e são, portanto, usuários da previdência social e/ou da política de assistência social.

Os serviços parecem ter um importante papel no processo de obtenção desses benefícios. Há uma assistente social no CAPS II, por exemplo, que auxilia usuário e família e dá encaminhamento aos procedimentos necessários. A obtenção do benefício é uma conquista importante para esses usuários, já que grande parte deles encontra-se impossibilitados de realizar atividades produtivas ou são excluídos do mercado formal de trabalho por conta de suas características e sintomas. O benefício ou aposentaria é garantia de subsistência para a maioria deles.

A fala do **Usuário 4** ilustra a importância do benefício obtido via serviço:

– Depois que comecei a vir aqui é que recebi o benefício, agora eu posso comprar roupa e me arrumar mais. Quem ajudou você nisso? – A assistente social aqui do CAPS.

Dos dois usuários que afirmaram utilizar outras políticas sociais, um é usuário da assistência social e recebe uma cesta básica mensalmente e outro (Usuário 8) é usuária do núcleo jurídico do município.

No caso da **Usuária 8**, o auxílio da assistente social do CAPS II tem sido muito importante e demonstra a atenção que esse serviço oferece à outras demandas dos usuários, para além da obtenção de benefícios e aposentadorias. Ela, com 54 anos, busca revisar seu processo de interdição e comprovar que obtém condições de morar sozinha e gerir a própria vida, isso para evitar a institucionalização quando da morte de sua curadora.

Segue a sua descrição da situação:

Usuária 8: *– O meu caso está na justiça. Tive esses dias uma conversa com o juiz e meus irmãos, para unir a família. Audiência de reconciliação? – É, mas eles não quiseram contato comigo, se responsabilizar por mim. A minha irmã que mora comigo e é responsável por mim, já tem mais de 70 anos. Como ninguém mais quer se responsabilizar, o juiz decidiu que quando ela morrer eu vou para um asilo. Mas a Assistente Social aqui do CAPS me disse que vai entrar com um recurso, por que posso morar sozinha, receber minha pensão e morar sozinha.*

Essa fala permite retomar a problemática da concessão de benefício e aposentarias para as pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. A prática da interdição como medida facilitadora para a obtenção do benefício expõe o usuário a situações de ausência de autonomia e submissão à família ou curador e, na ausência dele, ao Estado. O sujeito,

expropriado de seus direitos civis, fica a mercê de decisões que não consideram sua real capacidade para conduzir a vida e seus desejos.

A **Usuária 8** enfrentará um processo difícil para comprovar que mesmo com sofrimento psíquico tem condições de morar sozinha e de organizar e gerir sua vida. O descaso da família a expõe à situação de abandono e pode acarretar em uma nova institucionalização. A resposta transcrita acima foi dada à pergunta sobre os planos para o futuro. Diante de sua situação, a **Usuária 8** afirma não possuir planos frente ao futuro incerto.

Retomando o objetivo de análise dessa subcategoria, pode-se a partir das informações obtidas concluir que há certa relação entre as políticas de saúde mental e algumas políticas sociais, estando essa relação pautada em encaminhamentos e auxílio frente às demandas específicas apresentadas pelos usuários.

Parece não haver a realização de ações conjuntas, o que é característica geral no âmbito das políticas públicas brasileiras. Os cidadãos são fragmentados, sendo cada necessidade atendida por um órgão ou segmento específico. Tal fato promove desintegração e mais gastos públicos, uma vez que os recursos e ações poderiam ser melhor empregados em ações conjuntas, já que o usuário da assistência social é, em alguns casos, o mesmo da saúde mental, da justiça, entre outras.

No caso específico das pessoas com sofrimento psíquico, as características da doença, associada às práticas sociais de discriminação e exclusão, faz com elas sejam vistas apenas como cabeças doentes. Sua única demanda reconhecida é da assistência psiquiátrica, sendo negligenciada a saúde do corpo, da boca, a necessidade e desejo de educação, capacitação profissional, de atividades de lazer e cultura.

A pessoa com sofrimento psíquico é um ser integral, como muitas demandas e, sobretudo, direitos como qualquer outro cidadão. Como muitas dessas demandas, como já dito, são negligenciadas, a política de saúde mental, representada pelos serviços, tem por obrigação fomentar e garantir ações intersetoriais que atendam essa demanda.

Nesse aspecto, a política de saúde mental maringaense parece encontrar desafios ainda não superados. Há ações fragmentadas relacionadas a demandas explícitas e urgentes de cada usuário, não havendo ações regulares e de fato intersetoriais.

Um exemplo identificado nas entrevistas é oferta do curso de alfabetização para os usuários no âmbito do próprio serviço (ambulatório de saúde mental). Não desconsiderando a importância dessa ação, à medida que a aprendizagem da língua escrita é um elemento fundamental para a emancipação social e exercício da cidadania. Questiona-se o fato de que seria muito mais rico e inclusivo se os usuários frequentassem os espaços de alfabetização já

disponíveis pela política de educação, frequentados pelos demais cidadãos. Isso promoveria a relação entre diferentes, processo imprescindível para o fim do preconceito.

Quando os serviços optam por realizar ações intramuros, correm o risco de contribuir para a formação de guetos, nos quais as relações sociais dos usuários se restringem a relação com técnicos, usuários e familiares. A participação em ambientes sociais diversificados é direito necessário a construção subjetiva e a construção da identidade social.

Como afirma Taylor (2000), o reconhecimento social ou a ausência dele moldam nossa identidade, sendo que o reconhecimento errôneo fomenta a construção de visões redutoras de nós mesmos. Essa condição só pode ser superada quando o convívio e o respeito com a diferença existem. Para as pessoas com sofrimento psíquico é na participação da vida social e comunitária que novas identidades podem ser construídas.

Por isso, a necessidade dos serviços extra-hospitalares estabelecerem o compromisso de romper com a lógica manicomial e proporcionar ações que viabilizem a (re)inserção social dos usuários em todos os níveis da vida humana.

4.1.3 Qualidade de Vida e Participação Social

O diagnóstico de doença mental e/ou a dependência química promove uma série de transformações na vida dos sujeitos. Esse rótulo desviante, como discutido no capítulo 1, encontra uma série de reforços sociais que tornarão o desvio cada vez mais crescente.

Ao adoecer e, principalmente, receber o diagnóstico médico, essas pessoas são, em sua maioria, excluídas de uma série de atividades, grupos e organizações que sempre foram estruturantes de sua subjetividade e da sua identidade social. Antes eram trabalhadores, estudantes, moradores da rua e do bairro tal, membros da Igreja, membros do clube, clientes do supermercado, em síntese, cidadãos (ainda que não tivesse todos os direitos garantidos). A partir do diagnóstico tornam-se apenas doentes mentais e/ou dependentes químicos que deixam de ser portadores da racionalidade e, por isso, perdem o direito ao reconhecimento social e à cidadania.

Essa forma social de lidar com a loucura tem seus fundamentos na Psiquiatria e em todo o corpo teórico e técnico desenvolvido por essa Ciência. O rótulo de doente mental e, mais recentemente, usuário de álcool e outras drogas, contêm uma série de definições pejorativas que, na maioria das vezes, não condiz com a realidade ou não são conseqüências

da doença ou dependência química. São percepções errôneas e redutoras que moldam a identidade daqueles que possuem esse rótulo.

Por isso, ainda hoje, mesmo em face das críticas a transformações ocorridas no campo da Psiquiátrica e demais ciências da área, essas visões permanecem e determinam formas de relação e sociabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental no Brasil e no mundo.

Reconhecendo todos esses fatores, essa categoria de análise buscou identificar nas falas dos entrevistados as conseqüências do adoecimento e do rótulo para as vivências e interações sociais necessárias a qualidade de vida e a promoção da saúde mental. Para estruturar essas informações foram estabelecidas as seguintes subcategorias: inserção no mundo do trabalho; atividades de lazer; participação em grupos, associações, dentre outros e; situações de discriminação e exclusão social.

Antes, porém, de iniciar a análise das subcategorias, serão expostas algumas respostas fornecidas à questão sobre as transformações identificadas após o diagnóstico de sofrimento psíquico e/ou pós dependência química. Isso para depois, durante a análise das subcategorias, identificar na prática essas transformações.

Diante das respostas dessa questão pode-se adiantar que as maiores transformações referem-se a conflitos familiares, as dificuldades de permanência ou definitiva exclusão do mercado formal de trabalho e a diminuição considerável da interação social e participação na vida comunitária.

Muitas dessas transformações são atribuídas pelos entrevistados às características de sua patologia e/ou dependência. Há um processo de auto-responsabilização pelas perdas, conflitos e transformações. Não são questionados, ao menos nessas falas, as respostas sociais, a intolerância, o preconceito e desinformação como fatores que contribuíram para que as transformações ocorressem. Segue algumas falas que ilustram essa afirmação:

Usuária 7: – *Mudou que eu não converso com ninguém, eu não tenho amizade, eu me sinto imunda, eu me sinto suja, eu me sinto, não dá pra te falar, animal não, porque animal é querido, as pessoas cuidam, passam a mão. De uns dias para cá, eu passei a me revoltar contra o crack.*

Usuário 8 : – *Mudou tudo. Antes eu trabalhava fora em um escritório, tinha relacionamento social, amigos, saía bastante. Depois eu passei a sentir que tinha problemas ‘nervosos’ e sentia um mal estar muito grande. Só queria ficar em casa, parei de trabalhar, não quis mais sair. Agora me sinto bem e consigo conversar com as pessoas.*

Usuário 11: – *Perdi amigos, perdi dinheiro, vixi, muita coisa. Perdi até trabalho, não foi diretamente, mas prejudicou alguns trabalhos. Então, quase em tudo, saúde, tudo isso eu perdi.*

Essas falas evidenciam as perdas e dificuldades que os usuários reconhecem como decorrentes do sofrimento psíquico e/ou da dependência química. Em nenhuma fala essas perdas são relacionadas às reações sociais e ao estigma, mesmo o **Usuário 11** que diz ter perdido o emprego, afirma que isso não se deveu diretamente ao uso de crack.

São reconhecidos os sintomas do sofrimento psíquico e da dependência química, muitos deles limitadores para a realização de inúmeras atividades. E se considera que muitas das perdas descritas tiveram relação direta com esses sintomas. Contudo, questiona-se a auto-culpabilização e o não reconhecimento da influência de fatores sociais, o que sabemos ser determinante para grande parte das dificuldades vividas por esses sujeitos. Essa relação só pode ser estabelecida pelos usuários quando eles responderam se sofrem preconceito e/ou discriminação.

Para a maioria dos entrevistados, o adoecimento e/ou dependência química teve como maior resultado às perdas: perdas familiares, perdas de trabalho, perdas de interação, perdas de direitos. Perdas...

4.1.3.1 Inserção no Mundo do Trabalho

Retomando as informações constantes na caracterização dos usuários entrevistados, apenas 3 (três) usuários homens do CAPS AD estão inseridos no mercado formal de trabalho. A justificativa para isso parece se relacionar ao fato de que sua principal queixa é a dependência química e não transtorno psíquico grave, como é a característica principal dos usuários do CAPS II. Mesmo que esses usuários tenham algum transtorno psíquico associado à dependência, a queixa principal se refere à última, sendo a possibilidade de esconder sintomas e diagnóstico muito maior.

A dependência química, aparentemente, consegue ser “contornada” por esses usuários de modo que influencie o mínimo possível em sua vida produtiva. Para isso, eles encontram estratégias para esconder a dependência no trabalho ou, mesmo nas situações em que os

patrões e os colegas sabem e, por isso, eles sofrem algum tipo de discriminação ou são expostos a situações vexatórias, eles lidam com a situação de forma equilibrada¹².

No caso das mulheres usuárias do CAPS AD entrevistadas, uma encontrava-se cumprindo pena por tráfico de drogas e por isso não trabalhava, uma era pensionista do marido falecido e uma era idosa e do lar. Portanto, a não inserção no mundo do trabalho não se relacionava diretamente com a condição de dependência química.

Todos os usuários do CAPS II entrevistados, por sua vez, não desenvolvem nenhuma atividade formal de trabalho. Para a grande maioria (cinco dos entrevistados), a renda é de um salário mínimo, proveniente de benefícios ou aposentadorias por invalidez relacionadas diretamente ao sofrimento psíquico.

Como já destacado, a prática utilizada para a obtenção desse benefício está vinculada ao atestado de incapacidade para o trabalho, sendo proibida qualquer atividade remunerada sob pena de perda do benefício. Para esses usuários, portanto, está vedado o direito à inserção no mundo do trabalho, elemento estruturante da identidade e reconhecimento social como apontado por Taylor citado por Souza (2000).

Isso se relaciona a dois fatores importantes: 1) a lógica produtivista capitalista e; 2) a lógica de concessão de benefícios e aposentadorias para as pessoas com sofrimento psíquico no Brasil.

O sistema produtivo está organizado de tal forma que o trabalho é exaustivo, alienante e exige habilidades e agilidade que as pessoas com sofrimento psíquico podem estar temporariamente ou permanentemente impossibilitadas de apresentar. Em muitos casos, foram as próprias condições e organização do trabalho que levaram ao adoecimento. Para esse sistema produtivo essas pessoas são dispensáveis.

Por isso, dificilmente elas permanecem no trabalho ou conseguem uma nova ocupação. Recorrem, então, a previdência social para serem aposentadas ou para receberem alguma outra forma de benefício, como o BPC, por exemplo. Ao solicitarem a aposentaria ou o benefício, precisam apresentar atestado médico de incapacidade para o trabalho e, na grande maioria dos casos, a interdição civil.

Assim, para poder garantir sua sobrevivência (com um salário mínimo) essas pessoas são excluídas da vida produtiva e expropriadas dos seus direitos civis e passam a responder aos seus curadores. Para garantir um direito social, perdem os direitos civis e políticos. Isso

¹² As situações de discriminação ou preconceito vivenciadas pelos usuários serão analisadas nessa subcategoria de análise específica. Nesse momento serão abordadas, também, as experiências que ocorrem no ambiente de trabalho.

demonstra, novamente, a permanência do paradoxo da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico descrita por Birman e Costa (1994).

Lembrando que a incapacidade para o trabalho pode ser temporária e que, mesmo permanente, não sugere e nem significa incapacidade para os atos da vida civil. A própria lei garante que para o recebimento do BPC não há necessidade de interdição, contudo não é o acontecendo na prática.

Como já discutido no primeiro capítulo, o trabalho é central para o reconhecimento da dignidade humana. O reconhecimento social está diretamente vinculado à condição de cidadania e a garantia de direitos, tanto a nível formal quanto a nível prático. A suposta inutilidade das pessoas com sofrimento psíquico para o atual sistema produtivo justificou e justifica uma série de violação de direitos e as insere na condição de sub-cidadania.

É importante considerar que o reconhecimento do direito ao trabalho para as pessoas com sofrimento psíquico foi constante no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro. Isso fica evidente no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e também na Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental¹³.

Na IV Conferência há um eixo central de discussão denominado: “Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial”. Nele há um sub-eixo denominado: “Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária”, que apresenta como objetivo principal a criação e implementação de uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos geração de trabalho e renda para as pessoas com sofrimento psíquico.

Constata-se assim, que a inserção na vida produtiva é reconhecida pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica como direito das pessoas com sofrimento psíquico e deve ser garantido pela política pública de saúde mental brasileira, seja por meio da inserção no mercado formal, seja pela criação de cooperativas sociais.

Há no município de Maringá duas iniciativas de geração de trabalho e renda, implementadas em parceria com os alguns serviços de assistência e a Associação Maringaense de Saúde Mental. Contudo, com as entrevistas não foi possível identificar qualquer nível de participação dos entrevistados nesses projetos.

¹³ A temática do trabalho e da (re)inserção na vida produtiva das pessoas com sofrimento está presente nos relatórios de outras conferência e, também, em outros documentos da política de saúde mental. Aqui são considerados apenas os documentos citados por serem eles a base para a análise da garantia de direitos no âmbito dos serviços de assistência pesquisados.

4.1.3.2 Atividades de Lazer e Participação em Grupos e Associações

Essas duas subcategorias, a princípio, seriam analisadas separadamente. Contudo, após contato com o material, percebeu-se que o nível de participação dos entrevistados em Grupos e Associações era praticamente baixa, por isso optou-se por incluir a análise dessa categoria em conjunto com atividades de lazer.

Ambas objetivavam compreender como os usuários estão inseridos nos ambientes sociais, isso porque o rompimento da lógica manicomial e o processo de desinstitucionalização, como discutido por Amarante (1995), pressupõem transformações na relação social com a loucura.

Assim, deve-se garantir que a existência social das pessoas com sofrimento psíquico não se restrinja a díade casa-serviço, serviço-casa. Relacionar-se com outros usuários, familiares e equipe dos serviços é muito importante, contudo o círculo de relação, bem como a participação na vida comunitária, deve ser muito mais amplo para a construção de identidades emancipadas e politicamente ativas.

Por esses motivos, no questionário há uma pergunta voltada para as atividades realizadas pelos usuários em seu tempo livre. E com as respostas obtidas percebeu-se que a rotina da maioria deles se resume a realização das atividades domésticas e de organização da casa. Quando investigado sobre os lugares que são freqüentados, poucos disseram ter vida social ativa, citando a Igreja como local mais freqüentado.

As explicações para isso novamente são voltadas para as condições e sintomas decorrentes do adoecimento e/ou dependência química. Muitos afirmam que não gostam de sair de casa, no caso dos dependentes químicos, por exemplo, o mundo fora do lar representa riscos de recaídas. Outros usuários disseram, ainda, sentir vergonha de sua aparência e preocupações em freqüentar espaços públicos por estarem “atrapalhados” e desorganizados mentalmente.

Algumas falas ilustram a rotina e atividades desenvolvidas pelos entrevistados:

Usuário 3: – *Ajudo minha esposa em casa e faço uns bicos para ganhar um dinheiro. O que você faz? – Limpo datas e quintal. E para se divertir, vai a festas, faz o quê? – Não vou em festa, minha mulher não deixa. Eu só vou na Igreja. E porque ela não deixa? – Não sei não.*

Usuária 5: – *Quando eu não tô limpando eu fico cassando alguma coisa pra fazer, que eu não tenho nada pra fazer eu deito e durmo. Você não sai de casa para se divertir? – Não, só fico em casa e venho para o CAPS, não gosto de sair, gosto de ficar em casa.*

Usuário 6: – *Eu gostaria de ter mais jogos em casa para interagir com meu pai, de ter bons livros para ler e bons CDS para ouvir. Eu precisaria de mais dinheiro para comprar essas coisas que gosto. Você não frequenta nenhuma biblioteca pública? – Não, porque eu ainda tô atrapalhado. O que faz quando está em casa? – Fico fumando, eu gostaria de usar a internet, mas o computador é da minha sobrinha e ela não gosta muito que uso e eu respeito isso. Costuma sair de casa? – Só vou a Igreja, não saio, estou em um momento de refletir, preciso dar um tempo das atividades ‘pra fora’.*

Ao analisar essas falas pode-se perceber elementos diferenciados que restringem a participação social desses sujeitos, eles vão desde a obediência a autoridade da família, a vergonha pela aparência física, o receio frente a desorganização mental e medo frente a hostilidade do mundo externo.

Muitos afirmam que não gostam de sair. Esse não gostar pode relacionar-se a diversos fatores, entre eles destaca-se: a escassez de atividades a serem desenvolvidas fora de casa e , também, para além do serviço de assistência.

O medo da reação social à sua condição, a limitação econômica, o abandono da família e da comunidade, a ausência de espaços públicos que possibilitem a socialização e o desenvolvimento de atividades prazerosas são alguns, dentre os muitos, fatores que torna o ato de sair de casa desnecessário.

Sobre isso, deve-se considerar que a ausência de políticas públicas voltadas para a cultura, o esporte e o entretenimento é uma realidade para toda a população brasileira. A maioria dos cidadãos também apresenta condição de socialização e acessos aos bens culturais limitada, tendo sua vida reduzida às atividades voltadas para a subsistência. Contudo, a luta diária pela sobrevivência pressupõe uma série de atividades que, se não prazerosas, são fundamentais para a inserção e o reconhecimento social. Atividades como o trabalho e educação promovem o estabelecimento de laços e interações sociais.

Para a maioria das pessoas entrevistadas, as atividades que realizam fora de casa são centradas em sua patologia e/ou sofrimento, o que reduz sua existência a identidade de doente mental, tal como aconteceu e acontece com aqueles que estão internados em hospitais psiquiátricos.

Isso significa que permanecer em seu lares e receber assistência em serviços de base territorial não são garantia de desinstitucionalização e (re)inserção social, porque compor o

cenário social não significa participar dele. Essa parece ser a realidade desses usuários, os motivos explícitos (em alguns casos defesas) que os impedem de participar do ambiente social não importam, importa sim o papel que a política de saúde mental tem no processo de transformar essa realidade.

Como afirma a Carta de Direito dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental: “A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política”. Por isso, pensar em estratégias que superem a lógica de exclusão é fundamental para o estabelecimento de uma nova relação com a loucura.

O preconceito e a intolerância com a diferença se tornam elementos centrais para o processo de exclusão. Para um dos usuários entrevistados é estabelecida relação direta entre a não participação social e a exclusão. Segue sua fala:

Usuário 4: – *Ultimamente, quando eu vejo que tô nervoso, eu procuro ficar em casa. Fico deitado, só fico ouvindo música. Você não sai de casa para se divertir? – Só saio e fico andando nas ruas, me sinto discriminado na minha cidade, ficam olhando e falando de mim. É enjoativo viver lá, aqui em Maringá é diferente.*

No caso específico desse usuário é possível identificar uma intensa dependência com relação ao serviço que utiliza. Contudo, essa não é uma realidade restrita a ele. Para a maioria dos entrevistados, a vida se resume a freqüentar o serviço e ir para casa e de casa, novamente, para o serviço. O último para eles apresenta-se como espaço em que encontram possibilidade de interação com usuários e técnicos, no qual realizam atividades lúdicas e terapêuticas e, em algumas ocasiões, passeios.

Freqüentar os serviços é a atividade estruturante de suas vidas. Grande parte encontra dificuldade de relacionamento com a família e com a comunidade e, por isso, o serviço é o refúgio do mundo social percebido como hostil.

Essa realidade é mais contundente para os usuários do CAPS II que, como já dito, é um hospital dia que oferece assistência para as pessoas com sofrimento psíquico grave.

A manutenção de relações de dependência entre usuários e serviços é tema bastante freqüente para autores e pesquisadores da Reforma Psiquiátrica e da política pública de saúde mental. Para eles, avaliar as transformações e melhoria na assistência significa, sobretudo, identificar se há ou não o rompimento da lógica manicomial. O romper com a lógica manicomial, proporcionar o processo de desinstitucionalização, significa fomentar a (re)construção de subjetividades autônomas e emancipadas, que freqüentem o espaços públicos e deles se sintam parte.

Ao constatar que grande parte dos usuários dos serviços pesquisados mantém na relação lar-serviço a centralidade de sua existência social, pode-se concluir que o processo emancipatório ainda não ocorreu. Há, portanto, a necessidade da política, em relação com os técnicos, usuários, familiares e sociedade, buscar mecanismos para a superação dessa realidade.

Garantir cidadania significa garantir o acesso aos bens culturais, a participação social ativa e a luta pela garantia de direitos. Os serviços de assistência à saúde mental são instrumentos privilegiados para o fomento desse processo. Porém, para que isso de fato ocorra, o estabelecimento de ações intersetoriais que atendam o usuário em sua completa existência é imprescindível.

Se a dependência dos serviços e a limitação na participação da vida social são realidade para a maioria dos usuários, a **Usuária 1** mostrou-se uma exceção. Entre as atividades que realiza em seu tempo livre ela destacou:

– Faço cachecol que aprendi no CAPS, frequento a pastoral da criança, do idoso. Eu participo das reuniões do conselho de saúde que tem lá nos postinho do meu bairro. Vou na Igreja e quando tem festa das nações eu ajudo na barraca da pastoral da criança.

Além de apresentar uma série de atividades que transcendem o lar e o serviço, a participação social dessa usuária é qualitativamente diferente, uma vez que, ao integrar grupos e participar de conselhos, ela demonstra engajamento político e atuação pró-ativa no ambiente social.

Essa usuária é exemplo de que o adoecimento e/ou a dependência química não são limitadores para a inserção social e participação política ativa. Isso demonstra que com fomento e criação de oportunidades de participação, pode haver real desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico em nosso país.

Sobre isso, a entrevista não permitiu identificar nos serviços pesquisados a oferta de espaços de participação na gestão interna e ações de fomento à participação em conselhos ou grupos de interesses desses usuários.

Para a construção de subjetividades e identidades emancipadas e conscientes de seus direitos esse é um processo elementar. Se a Reforma Psiquiátrica alcançou status de movimento social, que representa os interesses de técnicos, usuários e familiares, foi necessário o engajamento e a participação das pessoas com sofrimento psíquico.

Como evidenciado por Hirschman (1995), a cidadania se encontra no terreno da disputa e do conflito político. E, de acordo com Migdal (2001), as políticas públicas são resultado da interação Estado e sociedade, por isso a participação ativa das pessoas com

sofrimento psíquico na proposição e avaliação de ações é condição para a garantia de seus direitos e interesses.

Para que elas assumam a condição de cidadãs, que podem e devem conduzir suas vidas e assumir o protagonismo da luta política por reconhecimento e dignidade, devem ser fomentados, desde os serviços de assistência, espaços de participação e decisão coletivos. Os usuários precisam ser ouvidos como sujeitos de desejo, que sabem o que querem e o que precisam.

Entende-se que a participação nesses espaços de decisão diária funciona como treino para a participação em espaços sociais mais amplos e espaços de decisão política como: conselhos, audiências públicas, dentre outros.

4.1.3.3 Vivência de Situações de Discriminação e Exclusão Social

Como destacado acima, a atual concepção social sobre o sofrimento psíquico e sobre a loucura, que deve a Psiquiatria seus parâmetros, é marcada pelo preconceito, o que promove e legitima uma série de práticas que destituem as pessoas com sofrimento psíquico de seus direitos enquanto cidadãs.

Na tentativa de identificar se as pessoas entrevistadas se sentiam discriminadas e em que momento a discriminação ocorria, o questionário abordou esse item diretamente em duas questões (Questões 33 e 34).

A partir das respostas obtidas constatou-se que 9 (nove) dos entrevistados sentem-se discriminados por terem sofrimento psíquico e/ou por serem usuárias de álcool e outras drogas. O momento em que mais percebem essa discriminação é na interação com a família. As queixas são de abandono, distanciamento, discussões e até ruptura de vínculos. As falas das **Usuárias 8 e 2** ilustram a discriminação sentida por parte da família:

Usuária 8: – *Pelos estranhos, não. A única discriminação que tem é dentro da família, que eles não querem saber de mim. Não querem nem sentir meu cheiro. Eu desconfio que é por causa da doença, por eles se dão tão bem entre eles. Eu fiquei sabendo que a pessoa que tem essa doença é abandonada, eu ficava em cima de uma cama, agora não sei se isso é de mim ou se é abandono por parte deles também.*

Usuária 2: – *Começa dentro da própria família, minha cunhada não deixa meu sobrinho que nasceu vir me visitar. [...] Quer maior discriminação que isso? Visita de família eu não tenho desde antes do Natal, com certeza é porque eu sou viciada.*

O acolhimento e apoio da família apresentam-se como elementos fundamentais para o tratamento e para o bem estar e qualidade de vida, quer das pessoas com sofrimento psíquico, quer dos usuários de álcool e outras drogas.

Muitos, como no caso da **Usuária 8**, precisaram ser internados em hospitais psiquiátricos porque a família não tinha condições¹⁴ de oferecer os cuidados necessários no lar. Como evidente em sua fala, ela não conseguia sair da cama e precisava de cuidados. A relação conflituosa com a família é fator determinante para que alguns usuários prefiram a internação hospitalar a permanecer em seus lares, sobretudo, em momentos de crise.

Faz-se importante destacar que a maioria dos usuários que avaliou positivamente a assistência recebida nos hospitais psiquiátricos afirmou apresentar problemas de relacionamento com seus familiares, o que leva a concluir que em situação de crise o hospital torna-se refúgio para eles. Papel que posteriormente passa a ser desempenhado pelos serviços extra-hospitalares, sobretudo para os usuários do CAPS II. Muitos entrevistados demonstraram ter nos serviços um espaço para ocupar o dia, desenvolver atividades, sentir-se acolhidos e permanecer a maior parte do tempo possível longe de casa.

O objetivo desse trabalho não é culpabilizar a família pela “incapacidade” de cuidar e acolher o familiar em sofrimento, uma vez que se reconhecem as dificuldades e transformações que o adoecimento de um membro acarreta à organização e à dinâmica familiar.

O familiar que adoece, na maioria dos casos, deixa de trabalhar e contribuir para a subsistência da família, tornando-se dependente economicamente e passa a exigir cuidados daqueles que são produtivamente ativos e não tem condições de abandonar o trabalho para serem cuidadores, o que gera mais dificuldades e conflitos. Soma-se a isso, a falta de conhecimento acerca das características, sintomas e demandas da pessoa com sofrimento psíquico e, ainda, os preconceitos e medos que compõe o imaginário social acerca da loucura.

As famílias também precisam de cuidado e apoio para terem as condições necessárias à continência e o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. Por isso, no relatório da IV CNSM é reconhecida a necessidade de ofertar, no âmbito da política, serviços e atividades voltadas à família.

¹⁴ O termo condições engloba fatores econômicos, estruturais e subjetivos/emocionais das famílias.

A partir das entrevistas com os usuários não foi possível identificar grau de participação de seus familiares nos serviços. Nenhum deles fez referência a isso. Ressalta-se que o questionário não abordou diretamente essa temática. Contudo, a **Usuária 2** fez menção a isso quando sugeriu como melhora para a assistência uma maior cobrança da participação dos familiares no atendimento, o que, segundo ela, deve ser feito pelos profissionais do serviço (CAPS AD).

Essa fala, somada a ausência de indicação da participação dos familiares dos usuários entrevistados, as queixas referentes às dificuldades de interação familiar e as experiências de preconceito na família. E, ainda, as informações obtidas com as entrevistas dos gestores e da coordenadora da política municipal, que evidenciam a pouca participação e envolvimento dos familiares nas atividades dos serviços e na assistência dos usuários¹⁵, permitem concluir que esse é um desafio não superado pelos serviços pesquisados e pela política de saúde mental do município de Maringá.

A participação dos familiares foi elemento essencial para o Movimento de Reforma Psiquiátrica e para a construção da política pública de saúde mental brasileira. Por isso, a participação ativa dos familiares dos usuários maringaenses deve ser um foco importante das estratégias assistenciais.

Além do preconceito vivenciado na família, alguns destacaram experiência de discriminação no trabalho, expresso por “brincadeiras” acerca da dependência química, e outros relataram preconceito na comunidade e nas relações sociais mais amplas. Seguem algumas falas ilustrativas:

Usuário 4: – *Pelo fato dos vizinhos saberem que tenho doença mental e tomo remédio, quando eu e meu pai brigamos, eles falaram que tinha dois loucos em casa. [...] Por muita gente lá na minha cidade, pelos meus irmãos, que eles não ajudam no meu tratamento e dizem que faço confusão.*

Usuário 6: – *Não sei se chega a ser discriminação, mas as pessoas levam você na esportiva porque sabem que tem problema, as pessoas passam a não acreditar mais em você e passam a levar na esportiva o que você diz.*

A fala do **Usuário 6** torna-se de fundamental importância para a compreensão das conseqüências do diagnóstico de doença mental para o sujeito. Ao receber esse diagnóstico tudo o que disse ou diz, deixou de ser ouvido, ou seja, deixou de ser considerado.

¹⁵ Esse ponto será discutido detalhadamente na análise das entrevistadas com gestores dos serviços e coordenadora da política de saúde mental do município.

Sua denúncia retoma o diálogo do filme a Ilha do Medo, já transcrito nesse trabalho, uma vez que ambos evidenciam a morte social promovida pelo silenciamento, consequência do descaso e desconsideração daqueles que desprovidos de razão e não possuem mais nada para dizer. Isso explica porque durante décadas, essas pessoas que foram vítimas de toda a sorte de violência, tiveram suas queixas vinculadas aos sintomas da desorganização mental.

O silenciamento das pessoas com sofrimento psíquico ainda é realidade e a necessidade de romper com essa lógica são manifestas na Carta de Direitos dos Usuários e Familiares que diz: “todo o 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 considerar o que a pessoa com sofrimento diz significa silenciá-la e retirá-la da condição de sujeito social, que troca, compartilha, opina e decide. Retomando que, os serviços ao não promoverem espaços de discussão coletiva, ao manterem relações autoritárias e tutelares, também contribuem para o silenciamento social dos seus usuários.

Dos entrevistados, 2 (duas) usuárias afirmaram não serem vítimas de preconceito. Uma justificou dizendo que não sai de casa e, por isso, não fica exposta a situações que poderiam levar a isso e outra disse que nunca permitiu que as pessoas de “fora” soubessem ou percebessem sua condição.

Com isso concluímos que elas, assim como os demais usuários entrevistados, percebem o ambiente social como preconceituoso e hostil, sendo que a discriminação está vinculada ao conhecimento ou não do diagnóstico. Quando estão em ambiente onde o fato é desconhecido não há a existência do preconceito, fato que retoma as considerações de Becker (2008) acerca da vinculação do desvio ao julgamento social.

4.1.4 Direitos e Cidadania

Nessa categoria serão analisadas as informações obtidas com as entrevistas que permitem identificar quais direitos dos usuários têm sido garantidos e quais direitos tem sido violados no âmbito dos serviços de saúde mental que frequentam. Considerando que esses dispositivos de assistência são importantes instrumentos para o garantia da cidadania dos usuários, analisar-se-á, também, sua atuação nos âmbitos que transcendem a garantia à assistência a saúde mental.

4.1.4.1 Direitos Garantidos nos Serviços

O principal objetivo desse trabalho, como já dito, é compreender em que medida as ações desenvolvidas em dois serviços especializados de assistência à saúde mental, representantes da política pública do município de Maringá, têm contribuindo para a construção/garantia da cidadania de seus usuários.

A partir das informações obtidas com as entrevistas e análise das categorias realizada, pode-se traçar um quadro geral dos direitos que estão sendo garantidos nos e pelos serviços pesquisados. Faz-se importante ressaltar que o Relatório Final da IV Conferência de Saúde Mental e a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, representados pelo (APÊNDICE B e ANEXO A), serão os instrumentos base para a identificação dos direitos que devem ser garantidos.

Serão utilizadas para a análise, ainda, além das informações obtidas com as entrevistas, as observações realizadas pela pesquisadora durante a visita aos serviços, bem como informações gerais sobre a política de saúde mental, retiradas de documentos oficiais e notícias públicas.

De modo geral, considerando o direito à assistência à saúde mental em seu sentido psiquiátrico e básico, o que envolve a oferta de vagas nos serviços, de consultas clínicas, equipe profissional, fornecimento de medicamento e realização de atividades e oficinas terapêuticas, pôde-se concluir que esse direito tem sido garantido aos usuários da política de saúde mental entrevistados.

Todos eles afirmaram receber gratuitamente os medicamentos prescritos e terem acesso as consultas especializadas necessárias a nível psiquiátrico e psicológico. A quantidade de profissionais e a qualidade do atendimento foram avaliadas como satisfatórias.

Todas as atividades realizadas foram avaliadas positivamente, sendo que alguns destacaram a necessidades de aumentá-las, sobretudo as atividades lúdicas, como oficinas de pinturas e as atividades mais operacionais, denominadas por eles de “serviço”.

A organização dos serviços, representada, sobretudo, pelo cuidado com a higiene, horários das atividades e pela alimentação de qualidade, foi identificada pelos usuários como elementos importantes da qualidade da assistência recebida. Nesse sentido, pode-se constatar que o disposto na Carta de Direitos de Usuários e Familiares de Saúde Mental, no que se refere à orientação de que: “Todo serviço de saúde metal deverá garantir [...] as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e

alimentação de qualidade com supervisão profissional”, está sendo observado pelos serviços pesquisados.

A superioridade desses aspectos da assistência e sua valorização por parte dos usuários tornaram-se mais evidentes quando os mesmos avaliaram a assistência recebida no hospital psiquiátrico. A falta de higiene, organização e a comida de má qualidade foram itens recorrentes na crítica à assistência recebida durante as internações.

Faz-se importante destacar que, embora não sendo objeto de análise desse trabalho, pôde-se concluir, a partir das falas dos usuários, que o serviço de emergência psiquiátrica do município de Maringá está oferecendo assistência de qualidade para os usuários em situação de crise e que necessitam de internação.

Outra necessidade fundamental para a implementação de uma política de saúde mental em concordância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, apontada no relatório da IV CNSM e nos anteriores, é a superação do modelo asilar por meio da promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares, pautadas no acolhimento e no vínculo.

A partir das entrevistas constatou-se que a relação entre trabalhadores e usuários, para a maioria dos entrevistados, apresenta tal característica, sendo o elemento que caracteriza a qualidade da assistência recebida

Contudo é importante considerar que uma usuária do CAPS II afirmou que o vínculo e a relação de respeito é estabelecida apenas com alguns trabalhadores, uma vez que existe àqueles que cometem violência psicológica com os usuários, desrespeitando-os e agredindo-os verbalmente.

Assim, conclui-se que o direito a assistência que busca superar o modelo asilar, no que se refere à relação usuário e técnicos, tem sido garantido pelos serviços.

Sobre isso, considera-se importante destacar que a maioria dos usuários entrevistados apresenta histórico de discriminação e violência, vividas, sobretudo, nos períodos de internações em hospitais psiquiátricos e no convívio com a família. Assim, a manutenção de relações minimamente respeitadas e afetuosas é supervalorizada por eles.

A partir da queixa da usuária acima citada, sugere-se que, sobretudo no CAPS II, são mantidas, por alguns técnicos, relações infantilizadoras e de tutela. Relações que reafirmam o rótulo de incapacidade dos usuários e mantém relações de poder e submissão.

Porém, se reconhece que essas são suposições da pesquisadora, que encontra nas falas de alguns usuários e na própria observação seus fundamentos, não sendo resultado do discurso e da avaliação realizada pela maioria dos entrevistados durante as entrevistas.

Outro aspecto da assistência que pôde ser verificado é o importante papel que os serviços, sobretudo o CAPS II, têm exercido frente às demandas de ordem jurídica e da garantia de benefícios. A atuação da assistente social, no que se refere à orientação e encaminhamentos, mostrou-se fundamental para que os usuários assegurem o direito ao benefício (BPC e aposentadoria por invalidez), bem como frente às demandas familiares e de revisão do processo de interdição civil.

Isso demonstra que demandas para além da assistência direta a saúde mental têm sido observadas. Contudo, não puderam ser verificadas ações intersetoriais entre as políticas citadas (Justiça, Assistência Social e Previdência Social), nem com as demais políticas públicas. As ações que visam o atendimento integral são realizadas no sentido de orientação e encaminhamentos.

A partir das entrevistas pôde-se perceber que a assistência recebida tem garantido aos usuários informações acerca do diagnóstico e do seu processo terapêutico. Tem garantido, portanto, o direito de acesso às informações imprescindíveis para o exercício da autonomia.

Essa temática tem sido objeto de luta do Movimento de Reforma Psiquiátrica e constam na Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental. Isso porque, durante décadas, os serviços de assistência tradicional, representados pelos manicômios, negaram as pessoas com sofrimento psíquico as informações básicas para o conhecimento e compreensão do diagnóstico, deixando-as a mercê da vontade, do conhecimento e da autoridade da equipe técnica.

Pode-se perceber, ainda, com base nas entrevistas, que não são realizadas nos serviços qualquer forma de tortura ou violência física sob justificativa terapêutica.

Outro direito garantido é o deslocamento até os serviços de assistência, por meio do fornecimento de vale transporte gratuito para a ida e vinda do atendimento. Esse elemento é fundamental, já que grande parte dos usuários apresenta nível sócio-econômico baixo.

E por fim, agora considerando as informações obtidas com gestores e documentos públicos, pôde-se concluir que a política de saúde mental do município de Maringá tem desenvolvido ações no sentido de garantir o acesso a assistência na rede básica e especializada.

Isso se expressa pelo fato de que todas as UBS possuem um profissional psicólogo atuando e, ainda, pelo número significativo de NASF implantados, todos com profissionais da saúde mental. Soma-se a garantia de acesso à rede básica, o número de serviços que compõem a rede especializada, o que permite concluir que a política de saúde mental de Maringá, no

que se refere ao número de serviços disponíveis à sua população, tem-se apresentado modelo para os demais municípios do Estado.

Faz importante destacar que o relatório final da IV CNSM preconiza como estratégias para garantir o acesso à assistência a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas na atenção básica. Assim, no que se refere à atenção na rede básica e a na rede especializada, o município de Maringá apresenta satisfatória rede assistencial.

4.1.4.2 Direitos Violados nos Serviços

A partir da análise da Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental e do relatório final da IV CNSM identificou-se, como já dito, algumas normativas e ações que os serviços e a política de saúde mental devem observar para garantir os direitos das pessoas com sofrimento psíquico.

Assim, na presente categoria serão analisados os direitos que não estão sendo garantidos. Isso com o objetivo de identificar os desafios que precisam ser superados pela política de saúde mental maringaense para a garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico usuárias dos seus serviços.

Ficou evidente, durante os estudos na bibliografia geral e nos documentos acima citados, que o atendimento integral ao usuário, bem como sua participação ativa e de seus familiares no processo de elaboração, gestão e avaliação da política, são elementos fundamentais para a construção da política pública de saúde mental em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Sobre a temática da participação ativa dos usuários, com as informações obtidas pelas entrevistas constatou-se que apenas usuária afirmou participar das reuniões do conselho de saúde. O restante dos entrevistados não fez referência a nenhuma forma de participação política no processo de gestão e avaliação da política de saúde e saúde mental.

A ausência de participação ativa se mostrou mais contundente com relação à gestão dos próprios serviços, uma vez que nenhum usuário mencionou participar de qualquer atividade decisória ou que fomentasse e considerasse sua participação.

Uma das propostas constante no relatório final da IV CNSM acerca dessa temática se refere à adoção de um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente, dos próprios usuários, na elaboração e condução dos

seus projetos terapêuticos. Sobre isso, novamente, não foi possível identificar qualquer nível de participação.

Parecem ser mantidas as relações de poder que atribuem aos técnicos o conhecimento e a capacidade de decidir sobre a condução do tratamento e sobre o funcionamento dos serviços. Por isso, acredita-se que o direito à participação ativa nesses processos não tem sido garantido nos serviços pesquisados.

Considera-se, ainda, a estreita relação entre esse fator e a ausência de participação política demonstrada por 11 (onze) dos 12 (doze) usuários entrevistados. Entende-se que a participação e autonomia na vida diária e, nesse caso, na organização interna dos serviços, são elementos fundamentais para o aprendizado e o incentivo à participação política mais ampla, sobretudo para essa população que é vítima constante de exclusão e discriminação social.

Estratégias voltadas ao envolvimento e participação familiar também não puderam ser verificadas nos discursos dos usuários. Ressalta-se, porém, que nenhuma pergunta direta sobre esse tema foi realizada. O que se pode afirmar é que, se há algum fomento à participação dos familiares, elas não são significativas ou centrais para a assistência da maioria deles, uma vez que referências a isso não foram feitas. Houve uma usuária do CAPS AD, inclusive, que sugeriu que houvesse mais pressão dos técnicos para maior participação dos familiares.

Sobre essa temática, a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares reafirma o direito e a importância da participação dos familiares no processo de gestão dos serviços, devendo ser-lhes garantido assistência quando necessária. Segundo esse documento: “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”.

A importância do estabelecimento de práticas intersetoriais entre a política de saúde mental e demais políticas públicas é visível no relatório final da IV CNSM e compactua com o disposto na Carta de Direitos de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, que determina a abrangência da assistência à saúde mental aos aspectos médico, odontológico, social, jurídico, educacional e do trabalho.

Frente a isso, pôde-se concluir que o direito a uma atenção voltada para a integralidade das demandas dos usuários não tem sido garantido plenamente pelos serviços pesquisados e pela política municipal de modo geral.

As únicas ações percebidas, como inter-relacionadas com outras políticas, são: o curso de alfabetização oferecido no CISAM, a criação de dois grupos de geração de trabalho e renda em parceria com os serviços e a Associação Maringaense de Saúde Mental e o apoio e

orientação da Assistente Social do CAPS II em processos jurídicos e de obtenção de benefícios.

Cada uma dessas ações apresenta limitações e dificuldades a serem superadas. No caso do curso de alfabetização, questiona-se o fato de ser oferecido no próprio serviço em contrapartida ao fomento e à garantia de acesso à escola comum. Isso porque, na IV CNSM, é destacada a necessidade de se garantir a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (da rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior, quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA).

A oferta de cursos no próprio serviço não apresenta caráter intersetorial, além de restringir as possibilidades de interação social dos usuários, que fica restrita ao lar e serviços e ao relacionamento com a equipe técnica e outros usuários. Corre-se o risco, assim, de incentivar a manutenção de guetos de usuários, quando se sabe que o convívio com a diferença e a participação das pessoas com sofrimento psíquico nos espaços sociais, além de direito, é imprescindível para o seu reconhecimento social e para a eliminação do preconceito.

A ausência de ações verdadeiramente interssetoriais com a política educacional se reflete no fato de que, grande parte dos entrevistados, embora não tenha completado o ensino formal, encontram-se fora das escolas e dos cursos de capacitação técnica para o trabalho.

No que se refere às ações de garantia de trabalho para os usuários, a política municipal conta com dois grupos de geração de trabalho e renda. Porém, nenhum dos usuários entrevistados afirmou participar desses grupos.

E como já discutido, a grande maioria recebe algum tipo de benefício e não está inserida no mercado formal de trabalho. Essa realidade é mais contundente para os usuários do CAPS II. Todos os usuários desse serviço entrevistados, e que recebem benefício ou aposentadoria, estão interditados.

Sobre a questão da interdição, a IV CNSM apresenta como proposta a revisão junto ao INSS dos critérios para obtenção do BPC e a defesa da inexigibilidade do termo de curatela para concessão de benefícios previdenciários, assistenciais ou de aposentadoria.

Não se pode afirmar se há ou não ações no âmbito dos serviços pesquisados e da própria política municipal no sentido de se rever os critérios acima citados e a questão da interdição. O que se pode afirmar é que o direito ao benefício previdenciário e/ou social tem representado para os usuários entrevistados a extinção dos direitos civis, o que evidencia a manutenção do paradoxo da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico proposto por Birman e Costa (1994).

E por fim, as ações da Assistente Social do CAPS II, voltadas à orientação e auxílio nos processos de obtenção de benefícios e outras demandas jurídicas, também não apresenta caráter intersetorial, sendo pontuais e específicas.

Assim, conclui-se que, embora, os serviços pesquisados apresentem algumas ações e tentativas no sentido de expandir a atenção às demandas dos usuários, o direito a atenção integral estabelecida por meio de ações de caráter intersetoriais não têm sido garantido.

Outro direito que não tem sido respeitado é o da verdadeira extinção dos hospitais psiquiátricos e da assistência em instituições fechadas, recomendada tanto na Carta de Direitos dos Usuários e Familiares da Saúde Mental, quanto no relatório Final da IV CNSM. Nesse aspecto, a política do município de Maringá, acompanhando o movimento nacional, está em retrocesso. Novos leitos no Hospital Psiquiátrico do município têm sido criados para ofertar atendimento aos usuários de crack.

A oferta de leitos em hospitais gerais é praticamente inexistente e o Serviço de Emergência Psiquiátrica, porta de entrada para a assistência, possui leitos em número insuficiente para atender a demanda que é regionalizada. Assim, é mantida a centralidade do Hospital Psiquiátrico, que apresenta assistência que promove violência e violação de direitos, ao expor usuários a situações degradantes e ao não observar os direitos mínimos necessários à dignidade humana.

Observando a importância do estabelecimento de redes regionalizadas de assistência, modelo de gestão proposto pelo SUS para garantir o acesso integral aos serviços, destaca-se a ausência de serviços se base territorial com essa característica de assistência.

Relembrando que poucos são os municípios da 15ª Regional de Saúde que possuem serviços especializados. Por isso, ocorrem casos em que o cidadão que precisa do atendimento especializado e não tem acesso, tal como no caso do Usuário 4 que é de outro município.

O município de Maringá não apresenta obrigatoriedade em ofertar assistência para todos esses municípios. Contudo, como pólo da Região Metropolitana de Maringá, apresenta papel importante no processo de articulação e estabelecimento de parcerias e políticas públicas que atendam as demandas regionais.

Em síntese, esses são alguns dos direitos que têm sido violados na e pela assistência à saúde mental e que puderam ser identificados na pesquisa. A partir disso, se tentará compreender como essa realidade contribui para o processo de construção/garantia da cidadania dos usuários entrevistados. O que será feito na subcategoria que segue.

4.1.4.3 Papel da Assistência a Saúde Mental na Construção/Garantia da Cidadania

O termo cidadania engloba, como bem definido por Marshall (1967), o acesso aos direitos de dimensão política, civil e social. Embora grande parte desses direitos já esteja institucionalizada, a história de desenvolvimento do conceito nos mostra que ele é fruto de intensa disputa política.

Atualmente, com a organização dos movimentos sociais e das minorias, a disputa pelo acesso a cidadania tem envolvido discussões acerca das especificidades e diferenças desses grupos. É nesse campo de disputa que se insere a construção/garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico que, além dos direitos que são universais, necessitam do reconhecimento e atendimento de suas demandas específicas.

Para identificar o nível de compreensão que esses usuários tinham acerca de um conceito tão complexo foi realizada na entrevista uma questão específica voltada para esse fim (questão 36 do APÊNDICE C). Isso porque se entende que conhecer os direitos que o conceito engloba é pré-requisito indispensável para uma ação ativa no sentido de garanti-los.

Com base nas respostas obtidas pôde-se concluir que elas podem ser divididas em duas dimensões: uma que atribui a garantia da cidadania à obediência a valores morais e características e condutas pessoais socialmente valorizadas e, outra que considera a cidadania como a garantia de direitos, entre eles, o respeito e a dignidade.

Segue algumas falas que definem a cidadania no âmbito da dimensão pessoal e moral:

Usuária 1: – *Hoje para uma pessoa ser um cidadão ela tem que ter muito estudo, tem que trabalhar, ser honesto, não ser preguiçoso, ela se torna um cidadão. Não partir para o lado da dependência química.*

Usuária 7: – *É uma pessoa que precisa ter moral para ser cidadão. Eu mesmo já fui da alta sociedade, tive apartamento de luxo, conhecia muita gente.*

Nessas duas falas fica explícito que garantia da cidadania não é natural e, muito menos universal, já que está vinculada diretamente a expressão de uma série de comportamentos subjetivos e morais. Na fala da Usuária 7, fica explícita, ainda, a vinculação do direito a cidadania à condição econômica. Ser da alta sociedade é se reconhecer e ser reconhecido como cidadão. A dependência química, para a **Usuária 2**, também retira o direito à cidadania.

Ao se individualizar os critérios para a garantia de direitos, esvazia-se de significado e importância a luta política em prol de sua garantia. Isso porque se justifica a violação de direitos por conta das características pessoais e da não obediência às normas e regras sociais

estabelecidas com base na moralidade dominante. É com base em discurso semelhante que a não garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico, amorais e sem racionalidade, foi legitimada e é permitida, ainda, hoje.

Foram obtidas respostas, por outro lado, que reconhecem a universalidade do conceito, sendo que algumas incluíram questões referentes ao respeito às diferenças e demandas específicas de cada seguimento. Segue falas ilustrativas:

Usuário 6: – *Viver com dignidade e respeito. Eu acho que para ser cidadão, primeiramente de tudo, ser respeitado dentro dos seus limites, dentro daquilo que você pode fazer e dentro daquilo que você pode oferecer para sociedade.*

Usuária 9: – *Eu acho que é ser respeitado, ter moradia decente, ter um trabalho honesto, ter uma família que possa entender e respeitar. Respeitar para ser respeitado, tanto os grandes quanto os pequenos. Ser respeitado tanto na família como em um órgão público. Até as pessoas da rua são cidadãos, eles estão ali não porque querem, mas porque os outros não olham para eles, não dão atenção porque ele está ali. Eles precisam ter oportunidades como qualquer um de nós.*

A partir dessas falas identifica-se uma visão de cidadania mais próxima a definida por Marshall (1967), já que considera sua dimensões política, civil e social. Para esses usuários, ser cidadão pressupõe a garantia de alguns direitos (moradia, alimentação, trabalho, dentro outros) e, sobretudo, o respeito e a dignidade para qualquer ser humano.

A concepção estabelecida nesse nível é imprescindível para a atuação política ativa na luta pela garantia de direitos, fato que, como já discutido, é fundamental para o processo de construção/garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil.

Considerando o papel que os serviços de assistência pesquisados têm apresentado nesse processo, a partir de toda a análise desenvolvida até aqui, pode-se concluir que a contribuição primordial nesse sentido tem sido a oferta e a garantia de assistência psiquiátrica de qualidade.

Porém, a cidadania desses usuários mantém-se incompleta, já que o acesso a uma série de direitos sociais (trabalho, educação, cultura, esporte e lazer) é negligenciado. Soma-se a isso, o paradoxo que o direito a aposentaria e/ou benefício promove, já que garantir esse direito pressupõe, na maioria dos casos, extinguir os demais direitos civis e políticos.

A maioria dos usuários do CAPS II são cidadãos interditados e, por isso, incompletos, para utilizar a denominação de Carvalho (2004). Ou, como nos diria Souza (2003), estão inseridos na esfera da sub-cidadania.

Os usuários do CAPS AD, embora com mais autonomia, também são vítimas constantes de preconceito por conta da dependência química. E, por isso, também encontram-se na esfera da sub-cidadania por terem restringido seu nível de participação social.

Diante dessa análise, percebeu-se que poucas são as ações desenvolvidas pelos serviços que tenham como fim e resultados o atendimento integral das demandas e das necessidades dos usuários. Fator determinante para a construção/garantia da cidadania plena.

Os serviços se esforçam, ainda, por estabelecer uma assistência de qualidade e que rompa com a lógica manicomial, ao menos no que se refere ao nível da assistência psiquiátrica e psicológica. Avanços nesse sentido foram percebidos, sobretudo, quando se compara a assistência ofertada por eles e àquela ofertada no hospital psiquiátrico.

Porém, muito há que se fazer para garantir a cidadania plena dos usuários, sendo que a maior lacuna identificada pela pesquisadora, e que facilita o processo de não acesso a cidadania plena, é a ausência da intersetorialidade efetiva entre as diferentes políticas públicas. E as poucas iniciativas voltadas à inserção social e a participação ativa dos usuários no processo de luta pela emancipação e pela garantia de direitos nos serviços e fora deles. Há, a manutenção de práticas autoritárias e tutelares por parte de alguns profissionais, o que legitima e incentiva a dependência e a não participação política voltada a emancipação social. Sendo esses, portanto, os maiores desafios que precisam ser superados.

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM AS GESTORAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

4.2.1 Perfil das Gestoras Entrevistadas

Nessa pesquisa foram entrevistadas três gestoras de serviços especializados que compõem a rede de assistência à saúde mental do município de Maringá (CAPS AD, CAPS II, CISAM e Serviço de Emergência Psiquiátrica). Destaca-se que uma das entrevistadas é gestora de dois desses serviços (CAPS II e CISAM).

O objetivo central para a realização dessas entrevistas foi de compreender, a partir da fala dessas gestoras, as principais características da política de saúde mental municipal, representada por esses serviços especializados. Tudo isso na tentativa de identificar se estão

organizados sob os princípios da Reforma Psiquiátrica e se têm contribuído, dessa forma, para o processo de construção/garantia da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico usuárias desses serviços.

Embora só tenham sido entrevistados usuários de dois deles (CAPS II e CAPS AD), por conta de questões operacionais (tempo, quantidade e complexidade das informações), considerou-se importante compreender, além da organização e estrutura desses serviços, as características do CISAM e do Serviço de Emergência Psiquiátrica que, conjuntamente com os CAPS, são as principais estratégias de assistência especializada à saúde mental da política municipal.

Sobre as características dessas gestoras, a entrevista permitiu identificar que todas são técnicas da política de saúde e/ou saúde mental do município há mais de vinte anos, por isso acompanharam todas as principais transformações ocorridas no âmbito nacional, estadual e municipal.

Como gestores dos serviços, o tempo de atuação é significativamente menor, sendo que a Gestora do CAPS AD está à frente do serviço há 5 anos, a do Serviço de Emergência Psiquiátrica há 3 anos e a Gestora do CISAM e do CAPS II está a frente dos serviços há 10 e 6 anos respectivamente. Todas são mulheres e possuem formação superior diferenciada, sendo duas psicólogas e uma enfermeira. Segue a análise das categoriais.

4.2.2 Reforma Psiquiátrica e as Transformações na Política de Saúde Mental de Maringá

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado no fim da década de 1970, foi determinante para a construção da política pública de saúde mental, como já evidenciado. A apropriação por parte dos técnicos dos determinantes desse processo, bem como dos princípios que o nortearam é fundamental para a prática comprometida com a superação da lógica manicomial e com a promoção da cidadania e emancipação social dos usuários

As transformações empreendidas a nível nacional, fruto desse movimento, instrumentalizadas por portarias, legislação e diretrizes para a política, influenciaram o município de Maringá, sobretudo, a partir da aprovação da lei Nacional de Saúde Mental (lei 10.216/01). Foi a partir desse período que houve significativa evolução no processo de implementação e estruturação da política municipal.

Por isso essa categoria tem como objetivo identificar a concepção e a avaliação do movimento de Reforma Psiquiátrica das gestoras entrevistadas, bem como as transformações da política municipal de saúde mental presenciadas por elas. Assim, essa categoria apresenta como subcategorias de análise: a Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica e Principais mudanças na rede assistencial do município.

4.2.2.1 Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica

O questionário foi composto por algumas questões (questões 4, 5, 9 e 10 do APÊNDICE E) específicas para identificar: a concepção das entrevistadas acerca do Movimento de Reforma Psiquiátrica; qual a opinião que apresentavam sobre ela e se as ações desenvolvidas nos serviços que coordenam contribuíam ou não para sua implementação.

A primeira pergunta realizada foi: “o que o sr(a) entende por Reforma Psiquiátrica”. As respostas obtidas apresentaram como eixo comum a preocupação acerca da internação psiquiátrica, ora destacando-se a necessidade de ofertar internações em hospitais gerais, ora enfatizando a importância do hospital psiquiátrico. Seguem as respostas das entrevistadas:

Gestora 1: – *É um movimento em prol da redução de leitos hospitalares e do cuidar respeitando as especificidades de cada indivíduo, mantendo ele junto da família e da comunidade, sem excluir. Promove a reinserção social e a independência, pois as práticas assistenciais devem trabalhar a autonomia, pois não é porque está no serviço que não pode se alimentar sozinho, sentar a mesa, realizar suas atividades. O movimento resgata a cidadania e aponta para a necessidade de serviços substitutivos e não internações. Quando as internações são necessárias elas devem ocorrer em hospitais gerais.*

Gestora 2: – *A gente escuta discursos como se a reforma psiquiátrica fosse acabar com a internação. Eu entendo que a reforma não é contra a internação, a internação é necessária. Ela vem para redirecionar a criação de uma rede extra-hospitalar e um serviço hospitalar mais humanizado, com condições dignas e humanas de atendimento, não nos modelos de hospício e sanatório que existia antes, onde a assistência era bem comprometida.*

Gestora 3: – *Reforma Psiquiátrica não é fechar hospital psiquiátrico, até porque ele é necessário para casos que passaram pelos serviços extra-hospitalares e não foi possível conter a crise. Ele precisa ser internado, seja em hospital psiquiátrico, seja em hospital*

geral. Não se pode ter como única opção o recurso hospitalar, os serviços extra-hospitalares são fundamentais, do atendimento efetivo da rede básica. Reforma Psiquiátrica deve acontecer quando se vai reduzindo leitos, porque quando serviços extra-hospitalares são implantados a lei garante a possibilidade de redução de leitos. [...] Em muitos casos o governo (Municipal, Estadual e Federal) não dá condições para a implantação dos serviços extra-hospitalares e a Reforma acaba ficando prejudicada e os pacientes voltam para os hospitais psiquiátricos. Antes de se pensar no fechamento dos hospitais psiquiátricos, tem que se pensar no que pode se oferecer a demanda, para que não fique sem nenhuma assistência.

A partir dessas falas pode-se identificar que as preocupações centrais giram em torno da centralidade da internação em casos de crise e do papel fundamental exercido pelos hospitais psiquiátricos. Como já discutido, embora existam legislações que garantam a oferta de leitos em hospitais gerais, na prática isso não acontece.

Os técnicos e gestores que estão no cotidiano da assistência ainda encontram na internação o instrumento fundamental em situações de crise. Por isso, na ausência de serviços alternativos para a internação (leitos em hospitais gerais, serviços de emergência psiquiátrica e CAPS III) os hospitais tradicionais são referência. Daí o fato das gestoras entrevistadas afirmarem que Reforma Psiquiátrica não significa “fechar os hospitais psiquiátricos”.

Desde o início do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira a proposta de fechamento dos hospitais tradicionais é uma constante. No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental essa preocupação está presente, o que remonta a sua centralidade e os desafios enfrentados para implementá-la.

Na análise das entrevistas com os usuários ficou explícita a manutenção da assistência degradante e violadora de direitos nos hospitais psiquiátricos e a visível superioridade da assistência oferecida no serviço de emergência psiquiátrica municipal, ambos oferecendo o serviço de internação. Contudo, o número insuficiente de leitos nesse serviço e a ausência de leitos em hospitais gerais (o município conta com apenas dois leitos em um hospital privado) fazem com que grande parte da demanda, principalmente àquela originada dos municípios vizinhos, seja encaminhada para o hospital psiquiátrico de Maringá.

Esse hospital, inclusive, estava em processo de aumento de leitos durante a pesquisa, o que demonstra um retrocesso na política. A contradição entre a proposta da Reforma de redução de leitos e a realidade prática, principalmente com o aumento do número de usuários de álcool e outras drogas, se expressa na opinião e na prática das gestoras entrevistadas, uma vez que a maioria defende a necessidade e a permanência do hospital psiquiátrico enquanto estratégia da assistência.

Tal fato parece relacionar-se com a ineficácia da política pública de saúde mental, municipal e nacional, em ofertar serviços e estratégias que suplantem esse dispositivo. O hospital psiquiátrico é necessário nos discursos dos profissionais e na prática de assistência, mesmo sendo instrumento de violação de direitos dos usuários.

Apenas a **Gestora 1** identificou o Movimento de Reforma Psiquiátrica como um instrumento de garantia de cidadania e autonomia, porém relacionado esse processo com a conquista da condição da realização de atividades da vida prática cotidiana como: se alimentar, sentar à mesa e se vestir.

Sem dúvida, esse é o primeiro passo para a emancipação dos usuários da política de saúde mental. Porém, como já discutido, cidadania envolve a garantia de uma série de direitos, tanto àqueles institucionalizados, quanto àqueles específicos a essa minoria. Essa dimensão ampla da cidadania não foi contemplada nas repostas das entrevistadas, sendo a Reforma Psiquiátrica vinculada, sobretudo, à assistência psiquiátrica.

A segunda pergunta realizada sobre a Reforma Psiquiátrica tentou identificar a opinião das entrevistadas sobre ela. Todas apresentaram opinião positiva, sendo identificados os avanços conquistados no âmbito da assistência, da legislação e do reconhecimento e aceitação social das pessoas com sofrimento psíquico.

A **Gestora 2**, mesmo reconhecendo os avanços, diz que alguns “nós” precisam ser desatados, sendo eles: o trabalho com as famílias, para que elas assumam os usuários, e o trabalho com a sociedade, para que o preconceito e a discriminação possam ser superados. Ela cita, ainda, a dificuldade de se estabelecer um trabalho em rede e a rotatividade da equipe como elementos que dificultam a implementação completa da Reforma no município.

Concluí-se assim, a partir das informações obtidas com essas duas questões que, para as gestoras entrevistadas, a Reforma Psiquiátrica está vinculada, sobretudo, às condições da assistência psiquiátrica, sendo que as dimensões política e social mais ampla desse movimento estão, se não desconhecidas, imersas nas exigências impostas pelas práticas assistenciais cotidianas de cada serviço e da realidade municipal.

O questionário buscou identificar, também, se as ações desenvolvidas nos serviços estão, de acordo com a visão de suas gestoras, contribuindo para a implementação da Reforma Psiquiátrica.

Todas as entrevistadas afirmaram que os serviços contribuem para a implementação da Reforma, sendo que as argumentações para isso tiveram como foco central: a ampliação da atenção ambulatorial, a diminuição das internações, as ações em rede entre os serviços especializados e a atenção básica e a aproximação entre os serviços e a família dos usuários.

Para ilustrar segue a argumentação da **Gestora 2**:

–Diminuindo as internações prolongadas, também as internações porque em muitos casos que chegam, os médicos conseguem encaminhar para o ambulatório ou CAPS. Atualmente o acompanhamento dos NASF aos pacientes já internados tem contribuindo para a diminuição das reinternações, eles reconhecem a demanda e ajudam em prevenções de internações fazendo encaminhamentos precoces.

Novamente a Reforma Psiquiátrica é identificada, sobretudo, com as transformações em nível da assistência psiquiátrica. A diminuição das internações é o principal indicador de sua implementação para as entrevistadas. Embora tenham sido citados elementos que transcendem esse nível de assistência, como a aproximação com a família, essa é a preocupação central das gestoras.

4.2.2.2 Principais Mudanças na Rede Assistencial do Município

Considerando que todos os gestores entrevistados possuem muitos anos de experiência na saúde pública, foi-lhes questionado sobre as principais transformações que ocorreram na política de saúde mental do município de Maringá.

A partir das respostas obtidas constatou-se que as maiores transformações se referem às características da assistência, ao aumento de profissionais e dos serviços de base territorial. Segue algumas falas que abordam esses elementos:

Gestora 1: – *Mudou o modelo que antes era estritamente médico, hoje existem equipes multiprofissionais e um atendimento mais completo. Houve um aumento significativo do número de profissionais, contudo ainda está aquém da demanda. [...] O aumento do número de serviços e a divulgação aumentou muito, isso permite um maior atendimento ambulatorial e a diminuição do leito, antes a assistência se resumia a tirá-lo do convívio e excluí-lo.*

Gestora 2: – *Antes não havia legislação, nem portaria. O que você tinha era o sanatório Maringá com aproximadamente 400 leitos. Posteriormente o município começou a investir com a contratação de psicólogos, primeiro profissional de saúde mental contratado. [...] Hoje existem os serviços extra-hospitais. Isso mudou toda a característica da clientela, pois com a criação do CISAM é que se começou reconhecer a demanda específica.*

Gestora 3: – *Teve muita mudança, a começar pelo aumento de profissionais. O atendimento começou com um psicólogo atendendo no antigo posto de saúde. Em 1994 foi inaugurado o CISAM, antes eram só psicólogos nas UBS. Em 2003 foi implantado o CAPS AD, depois outros serviços. Mudou-se a forma dos profissionais e comunidade visualizar a saúde mental.*

Nessas falas fica confirmada a transformação gradativa da atenção expressa no Capítulo 3, sendo o marco desse processo a criação do Ambulatório de Saúde Mental (CISAM).

Com a expansão da rede extra-hospitalar e o atendimento à saúde mental na rede básica pôde-se reconfigurar a demanda, de modo que se ampliaram as ações voltadas à promoção de saúde. Isso possibilitou um aumento considerável das demandas e a maior divulgação da assistência. O aumento da demanda, por sua vez, levou ao aumento da necessidade de ampliar a rede e o número de profissionais. Com o atendimento nos serviços de base territorial houve redução de leitos no hospital psiquiátrico da cidade.

Como mudança importante na rede de assistência foi citada, também, a criação de portarias e legislações responsáveis pela institucionalização da política de saúde mental. Porém, há um desafio que ainda se apresenta a legislação, pois mesmo havendo instrumentos legais que orientam para a oferta de leitos de internação nos hospitais gerais na prática isso não acontece. Sobre isso a **Gestora 1** disse:

– A saúde mental é deixada de lado, embora tenha aumentado a legislação, os serviços não são suficientes. Os hospitais privados não querem ofertar leitos psiquiátricos, embora exista uma portaria de 2009 que orienta para isso. Há leis e portarias, contudo os hospitais gerais privados resistem no fornecimento de leitos psiquiátricos.

A resistência por parte dos hospitais gerais também foi citada pela **Gestora 2**, fato que reafirma o que já foi discutido no capítulo 3, acerca do desafio de se extinguir os hospitais psiquiátricos à medida que não são implantados leitos nos hospitais gerais e em outros serviços.

Outras mudanças apresentadas como importantes para a construção da rede foram: a criação da Associação Maringaense de Saúde Mental, o que, segundo a Gestora 3, possibilitou maior participação e organização de usuários e familiares na gestão da política, e a criação do PSF e do NASF, instrumentos importantes para a atenção a nível básico e para a promoção da saúde.

A Associação Maringaense foi criada antes mesmo de ser implantado o primeiro CAPS do município e teve e, ainda, tem importante papel no processo de avaliação e

implementação da política municipal, por meio da participação de usuários e familiares nos espaços de discussão e proposição de ações. Eles são atores determinantes para a construção de uma política que venha de encontro com as suas necessidades.

Já as ações desenvolvidas na rede básica são fundamentais para e efetiva implementação das ações voltadas para a prevenção e promoção de bem estar, além é claro dos encaminhamentos e acompanhamentos dos usuários da rede especializada.

4.2.3 Características e Condições Gerais dos Serviços

A política de saúde mental brasileira se materializa na vida dos usuários, sobretudo, nos instrumentos e práticas assistenciais que têm acesso. É na assistência cotidiana dos serviços que são implementados, ou não, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Essa categoria tem por objetivo identificar as principais características e condições de funcionamento dos serviços pesquisados. Isso porque, a forma como eles se estruturam e estão em funcionamento é responsável, em grande medida, pela condição da assistência recebida pelos usuários e pela implicação dela no processo de construção/garantia da sua cidadania.

Com esse objetivo essa categoria apresenta como subcategorias de análise: a articulação dos serviços com outras políticas sociais, recursos físicos e humanos e principais desafios enfrentados.

4.2.3.1 Articulação dos Serviços com Outras Políticas Sociais

A importância do estabelecimento de ações intersetoriais para o atendimento integral das demandas dos usuários da política de saúde mental foi tema estruturante da IV CNSM. E como discutido na análise das entrevistas com usuários, as ações nesse nível parecem ser praticamente inexistentes.

Compreendendo a importância da temática foram incluídas no questionário dos gestores questões¹⁶ voltadas para a identificação do nível de articulação entre os serviços e as demais políticas públicas do município. E, ainda, questões voltadas para o nível de articulação entre os próprios serviços da rede de assistência à saúde mental.

Sobre a articulação entre os serviços pesquisados e os demais serviços da rede, as gestoras disseram:

Gestora 1: – *Há articulação com todos os serviços que prestam assistência, CAPS Canção, Residência, UBS, CISAM, inclusive com Hospital Psiquiátrico. Como é essa articulação? – Nós encaminhamos e recebemos pacientes desses serviços. Há alguma atividade conjunta com algum desses serviços? – Tem pacientes nossos que participam de uma oficina terapêutica lá no CISAM, que gera renda com a produção de bóias para pescaria.*

Gestora 2: – *Todo o paciente que recebe alta recebe o encaminhamento para outro serviço: CAPS, CISAM, UBS. Depende da indicação. Foi retomada, ano passado, a contra-referência, todas as internações são referenciadas para o NASF. Como isso é feito? – A gente repassa as informações do pacientes para o psicólogo da comunidade de origem do paciente e eles ficam responsáveis pelo atendimento. Há alguma ação conjunta? – Existem atividades conjuntas, uma reunião mensal na Secretária de Saúde com todos os serviços. Nós também encaminhamos para o hospital psiquiátrico.*

Gestora 3: – *Os serviços que eu coordeno tem uma articulação maior, porque são desenvolvidas algumas atividades conjuntas. Mas, com a Emergência Psiquiátrica, o CAPS AD e as unidades básicas, tentamos trabalhar em rede com o referência e contra-referência do usuário. Algumas vezes há acompanhamento conjunto dos usuários, mas não é algo que acontece sempre. Esse tem sido um dos nossos maiores problemas, a equipe da rede básica não quer muitas vezes acompanhar o usuário do serviço especializado.*

Diante dessas falas fica evidente que a maioria das ações que as gestoras classificam como articulação, reproduz o que acontece com as demais políticas públicas, ou seja, o encaminhamento de usuários de um serviço para outro. A relação estabelecida entre os serviços especializados e entre eles e a rede básica parece se consistir na referência e contra-referência.

Poucas são as ações conjuntas identificadas a partir dessas falas, entre elas destaca-se: o acompanhamento conjunto de usuários pela rede básica e especializada (o que segundo a

¹⁶ Questões 16, 17, 18 e 19 do Apêndice E.

Gestora 3 não é freqüente), ações desenvolvidas entre o CISAM e o CAPS II, o que parece relacionar-se ao fato de que ambos os serviços possuem a mesma gestora. E, ainda, as ações de geração de trabalho e renda estabelecidas em parceria com a Associação Maringaense de Saúde Mental, sendo que essa articulação parece se dar com o CAPS II e CISAM.

Já, no que se refere ao nível de articulação dos serviços com as demais políticas públicas do município, analisando as respostas das **Gestoras 1 e 2** acerca do modo como a articulação acontece, concluímos que para os serviços essa articulação se baseia na relação de referência e contra-referência, tal como ocorre entre os serviços de assistência. A fala da **Gestora 1** é ilustrativa:

– Educação Profissional, entidades de capacitação, nós encaminhamos os pacientes para instituições que oferecem cursos gratuitos de formação profissionais. Tem a SASC, nós encaminhamos, quando percebemos situação de risco da família, para os CRAS e CREAS e com o projeto Portal da Inclusão, que trabalha com moradores de ruas. Como é a articulação nesse caso? – Nós encaminhamos para eles e também recebemos pacientes.

A **Gestora 2** também destacou a referência e contra-referência estabelecida com a política de assistência social quando identificado algum nível de vulnerabilidade. Disse, ainda, ter participado de reuniões e encontros com representantes dessa política para a busca de estratégias frente à necessidade de leitos de internação para dependentes químicos em comunidades terapêuticas. O encaminhamento para a política educacional também é realizado, segundo ela, em casos de crianças fora da escola e a promotoria pública acionada quando a família se recusa a receber os usuários em alta.

Já a **Gestora 3** apresentou um quadro diferenciado, uma vez que descreveu uma série de ações desenvolvidas dentro dos serviços que contam com a atuação de profissionais de outras secretarias e políticas. Segue sua fala:

– Temos articulação com a educação. Existe um trabalho no CISAM de formação básica. Vem uma professora aqui dar aula para os usuários. Lá no CAPS tem a parceria com a cultura. Temos aulas de teatro e aulas de música, com professores especializados. Existe, inclusive, o grupo de cantores Delírios composto por usuários do CAPS Canção. Há parceria com a Associação por meio do grupo de geração de trabalho e renda pescando mentes, que produz bóias para pescaria, o trabalho ocorre na sede da Associação. Tem a parceria com a SASC em caso que se identifica usuário, principalmente em situação de risco. Como se dá essa articulação? – É feita uma discussão conjunta entre SASC e o Serviço que atende esse usuário para definir as ações e encaminhamentos. Aqui no CISAM atendemos muita criança

e em alguns casos precisamos acionar o Conselho Tutelar, essa é outra articulação que é feita.

Assim como o CISAM e o CAPS II (Canção), de acordo com a fala de sua gestora, apresentam maior articulação e ações conjuntas entre si, também apresentam o mesmo processo com relação às outras políticas. Contudo, pode-se observar que a maioria dessas ações ocorre dentro dos próprios serviços, com os profissionais de outras políticas indo desenvolver suas ações lá.

Essa característica já foi destacada na análise das entrevistas com os usuários, momento que se abordou a importância deles frequentarem outros espaços de convivência social, processo que fomenta a inclusão e o respeito à diferença. Quando se traz os profissionais para dentro dos serviços são restringidas as possibilidades de interação dos usuários.

A **Gestora 3**, assim como a **Gestora 2**, destacou a parceria desenvolvida com a Associação Maringaense de Saúde Mental representada, sobretudo, pelos grupos de geração de trabalho e renda. Esses projetos são iniciativas importantes, tanto no que se refere à garantia do direito de acesso às atividades de geração de trabalho e renda, quanto no fomento ao protagonismo de familiares e usuários na proposição e execução de ações no âmbito da política. Tanto a garantia do trabalho quanto a participação ativa de usuários e familiares são direitos constantes na Carta de Direitos de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental e na IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Destaca-se que a existência da Associação e a articulação dela com os serviços foi identificada apenas nas entrevistas com as gestoras. Nas entrevistas com os usuários o tema não foi citado, o que sugere que eles não participam das atividades desenvolvidas na associação. Contudo, essa temática não foi abordada diretamente pelo questionário, sendo que afirmações nesse sentido exigiriam uma pesquisa mais aprofundada.

Em síntese, a partir das informações obtidas nessa categoria pode-se concluir que existe um movimento na tentativa de estabelecer articulações entre os próprios serviços da rede e entre eles e as demais políticas públicas municipais. Existem ações, embora incipientes, que demonstram essa tentativa. Porém, ainda imperam as relações baseadas no encaminhamento e na compartimentalização das demandas e dos usuários.

4.2.3.2 Recursos Físicos e Humanos

A estrutura física e humana dos serviços é elemento fundamental para a qualidade da assistência e para a implementação de todas as metas e objetivos dispostos nas diretrizes e legislações que orientam a política. Desse modo, o questionário incluiu questões para identificar elementos que pudessem caracterizar os serviços nesses dois quesitos.

No que se refere à estrutura física dos serviços, a Gestora da CAPS AD apresentou queixas acerca do espaço físico, já que o serviço funciona em uma residência alugada pela prefeitura, por isso a divisão do espaço é inadequada, além de existirem escadas não recomendadas para um serviço de assistência à saúde. Ratificando a inadequação do espaço físico do CAPS AD, temos a queixa da **Usuária 1** frente à ausência de um espaço para os familiares dos usuários aguardarem o fim do atendimento.

Já a Gestora do Serviço de Emergência Psiquiátrica destacou o número reduzido de leitos para o atendimento de toda a demanda, uma vez que são 26 leitos para o atendimento de 66 municípios. A necessidade de aumento da estrutura assistencial foi abordada, também, pela **Usuária 1**, posto que ela, ao reconhecer a qualidade da assistência recebida ali, sugeriu que o espaço e o número de leitos fossem ampliados.

A Gestora do CISAM e do CAPS II não apresentou queixas com relação ao espaço físico desses serviços.

No que se refere à equipe de profissionais, todas realizaram queixas, ora no que se refere ao número insuficiente de técnicos, ora no que se refere à ausência de formação para atuar no campo da saúde mental e ao preconceito que apresentam com o usuário da política. Segue algumas falas ilustrativas:

Gestora 1: – *Falta de recurso financeiro para a contratação de pessoal também é problema, precisaríamos de mais gente. Falta também mais capacitação técnica para os funcionários.*

Gestora 3: – *A principal dificuldade é com relação aos profissionais, que muitas vezes não tem formação ou não gostam de trabalhar na saúde, por isso nem sempre desenvolvem ou implementam os objetivos do serviço. Tem também àqueles que não desenvolvem as atividades em equipe, trabalham individualmente apenas. O número insuficiente de profissionais também dificulta bastante. Nosso principal problema é com a falta de psiquiatra.*

As principais queixas com relação à equipe dos serviços referem-se, portanto, a falta de formação para trabalhar no campo da política de saúde mental e pela rotatividade e número insuficiente de profissionais.

Sobre a questão da contratação de profissionais e o custeio da equipe, sabe-se que são de responsabilidade dos municípios. São históricas as precárias condições de trabalho dos profissionais da saúde mental, sendo esse um dos elementos desencadeadores da Reforma Psiquiátrica no país. Os baixos salários, ausência de plano de carreira, falta de incentivo à formação e a realidade complexa desse campo de atuação são alguns dos motivos que levam os profissionais a optarem por outras áreas de atuação.

A necessidade de ampliação do número de profissionais, a implantação de Política de Plano de Carreira de Cargos e Salários e a formação permanente de profissionais são propostas constantes do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e são temas recorrentes nas conferências anteriores. A responsabilização, sobretudo, dos municípios pela contratação, gestão e formação da equipe, deixa os profissionais a mercê dos interesses e agendas locais, o que permite a existência de grandes desigualdades entre as equipes das diferentes cidades.

As más condições de trabalho e os baixos salários levam a rotatividade constante e ao desfalque das equipes, o que dificulta, quando não inviabiliza o trabalho. O tempo gasto com a adaptação e o rompimento constante do vínculo entre profissionais, usuários e familiares torna o alcance dos objetivos moroso e difícil.

Além do número de profissionais, a falta de formação também contribui para isso. E considerando a importância desse fator para a implementação da Reforma e para a qualidade da assistência, foram incluídas questões na pesquisa (questões 14 e 15 do APÊNDICE E) voltadas para a identificação se as equipes dos serviços pesquisados participaram de cursos de formação nos últimos doze meses e quem os ofereceu.

Todas as entrevistadas afirmaram que os técnicos participaram de cursos de formação no último ano, sendo que esses cursos se caracterizam por seminários, semanas temáticas e congressos. Apenas dois técnicos fizeram curso de especialização com recursos próprios.

A maioria da capacitação recebida foi oferecida pelo município e, em alguns casos, pelo Ministério da Saúde e entidades acadêmicas. O gestor estadual não foi citado como agente de capacitação, lembrando que essa é uma de suas incumbências, de acordo com as diretrizes da política de saúde.

Todas as formas de capacitação citadas são de curta duração e esporádicas, o que sugere a ausência de programas e ações permanentes. Diante dessa realidade, apenas a

Gestora 2 disse que a capacitação recebida pela equipe tem sido suficiente, embora considere o preconceito dos profissionais como um desafio da assistência e vincule isso ao déficit da formação universitária. Tanto a **Gestora 1**, quanto a **Gestora 2** afirmaram que a capacitação recebida tem sido insuficiente. Seguem as falas para ilustração:

Gestora 2: – *Foram feitos treinamentos de humanização, Congressos, Semana de Saúde Mental. Você acredita que esses cursos são suficientes para a equipe? – Tem sido adequados e suficientes para a atuação no serviço sim.*

Gestora 3: – *Quando o município oferece seminários, a equipe participa. Um técnico do CISAM fez especialização esse ano. Por conta própria? – Sim. Mais alguma atividade de formação que a equipe tenha participado? – Alguns integrantes participaram das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde. Você acredita que seja suficiente essa formação? – Não são suficientes, precisaria ter mais cursos e com uma frequência maior.*

Embora haja divergência entre as gestoras no que se refere à suficiência ou insuficiência da formação recebida a partir do ingresso nos serviços, há consenso no que se refere à falta de formação e preparo dos profissionais para atuar na saúde mental.

Para a **Gestora 2** isso se deve à não inclusão nos currículos de cursos universitários de conteúdos necessários a atuação na saúde pública, realidade também evidenciada por Yamamoto (2003). Já, a quantidade e qualidade de cursos de formação ofertados aos técnicos do município são percebidas como suficientes e, portanto, não são relacionadas à falta de capacitação para essas entrevistadas.

A **Gestora 3**, por sua vez, entende que o despreparo está vinculado tanto à forma de seleção dos profissionais, posto que os concursos públicos possibilitam a contratação de técnicos que não conhecem a política e suas diretrizes, quanto à falta de cursos de formação contínuos e de longa duração.

Ambas as gestoras apontam necessidades consideradas no relatório da IV CNSM, uma vez que o mesmo versa sobre a necessidade de assegurar formação ampla em saúde mental, no nível básico, técnico e superior, e sobre a necessidade de fornecer capacitações continuada para os técnicos.

A necessidade de formação dos profissionais, também, foi evidenciada na análise das entrevistas com os usuários. A má formação, o desconhecimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a prevalência de práticas discriminatórias dentro dos próprios serviços são os principais elementos para a reprodução da lógica manicomial e para o processo de institucionalização. Por isso, o Movimento de Reforma e o Movimento da Luta

Antimanicomial devem apresentar como uma exigência a inclusão de conteúdos curriculares das instituições de formação voltados para saúde pública e saúde mental e, ainda, fomentar junto aos conselhos e conferências as discussões acerca da formação dos técnicos em atuação, responsabilidade que cabe as três esferas do governo.

4.2.3.3 Principais Desafios Enfrentados

A política pública de saúde mental brasileira é uma realidade, já que conta com diretrizes e normas operacionais, além de uma série de serviços e estratégias implantadas pelo país. Contudo, sabe-se que muitos desafios precisam ser superados para que a assistência integral e de qualidade seja ofertada aos seus usuários.

Foi na tentativa de identificar quais têm sido os maiores desafios e dificuldades enfrentadas pelos serviços pesquisados que foram incluídas no questionário dos gestores (APÊNDICE E) as questões 8 e 36. A primeira voltada para as dificuldades em alcançar os objetivos e a segunda voltada para as dificuldades vinculadas à gestão dos serviços.

A dificuldade citada por todas as gestoras, já foi abordada na subcategoria anterior, e se refere ao preconceito dos profissionais em atender pacientes psiquiátricos e a má formação dos mesmos. Para as elas, essa realidade compromete o trabalho.

Há, ainda, o preconceito social amplo que, no caso do CAPS Ad, por exemplo, interfere diretamente na realização do projeto terapêutico, posto que os pacientes faltam nos atendimentos para não pegar a declaração de frequência. Essa declaração é utilizada, sobretudo, para apresentação no trabalho e envolve o reconhecimento e a divulgação da dependência química.

Sobre isso, a **Gestora 1** acrescenta a dificuldade apresentada pelo horário de funcionamento desse serviço. Ao funcionar em horário comercial, os usuários precisam faltar ao trabalho para realizar o acompanhamento. Muitos abandonam o tratamento para não perder o trabalho e para não sofrer preconceito.

Segue a fala da **Gestora 1**:

– Tem também o preconceito que leva o paciente a não assumir a doença, então ele não vem todos os dias no tratamento para não pegar a declaração de tratamento para apresentar no trabalho. O horário de funcionamento também dificulta, porque é das 7h às 19h, quem trabalha o dia todo e não quer pedir dispensa não pode vir.

Na mesma direção, a **Gestora 2** fala da influência do preconceito na própria organização do serviço e de como essa organização, por sua vez, reproduz e fomenta o preconceito. Segundo ela:

– O conceito cultural de paciente com doença mental como perigoso gera preconceito e dificulta a inclusão do paciente. Preconceito dos funcionários que diferenciam os pacientes da psiquiatria dos demais. Tem até guarda no serviço, o que reforça o conceito.

É o preconceito social que leva a manutenção de práticas violadoras de direitos dentro dos próprios serviços. Os próprios profissionais se recusam a atender o paciente psiquiátrico tal como os demais pacientes. O doente mental ainda é visto como perigoso, beirando a animalidade. Daí os maus tratos, a contenção física e medicamentosa. O mesmo ocorre com o dependente químico, considerado criminoso ou vagabundo. A própria organização do serviço, ou seja, grades nas portas e guardas fazendo a vigilância reforçam a concepção dos profissionais e da sociedade de modo geral.

Sobre essa questão, a **Gestora 2** disse ter tentado transformar essa organização, sugerindo a retirada do guarda e das portas de aço, o que não foi possível por conta da proibição da administração do hospital.

Outras dificuldades apresentadas pelas gestoras para que os serviços alcancem seus objetivos foram: a burocracia para compra de materiais e equipamentos, a falta de estrutura física adequada e o número insuficiente de profissionais.

A ausência de apoio e participação do Estado no processo de gestão da política foi evidenciado pela **Gestora 2** como fator limitador da assistência. E a **Gestora 3** citou a falta de integração entre a equipe dos serviços, entre o serviço e os demais serviços da rede especializadas e da rede básica. E, ainda, a dificuldade encontrada para que a família assuma a responsabilidade e cuidado com o usuário.

O abandono do paciente psiquiátrico pela família tem mantido uma realidade que o movimento de Reforma Psiquiátrica sempre buscou extinguir, qual seja: a existência de pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos. Segue a fala da **Gestora 3** que ilustra esse processo:

– E, também, o fato da rede básica não assumir os usuários e seus familiares dos serviços como deveria. Dificuldade também em a família assumir o usuário, a família insiste em ter um local para deixar o usuário, pedem asilo e residência. O número de famílias que querem serviços de moradia para os usuários é grande. As residências de Maringá são de nível II, pacientes mais crônicos que precisam do cuidador. Existem 18 moradores no hospital psiquiátrico, que estão lá por mais de 1 ano. Tem 3 usuários vivendo em

pensionatos, mas o serviço precisa monitorar (problemas com a vizinhança, contas inadequadas, se toma a medicação), a rede básica não acompanha. Os serviços que fazem esse serviço, já que a família o abandonou.

O hospital psiquiátrico resiste enquanto instituição social porque cumpre com o seu papel de controle e exclusão dos desvios, daqueles que incomodam a ordem, dos indesejados. Por isso, mesmo indo na contramão da legislação existente, há àqueles que residem nesses espaços. Isso porque não há serviços substitutivos suficientes para acolhê-los e estratégia que possibilitem a restauração dos vínculos familiares.

O acompanhamento da família de usuários dos serviços especializados, tanto nesse nível, quanto no nível básico, é fundamental para que casos de abandono não ocorram. A realidade dessas famílias é muitas vezes complexa e difícil, sendo o cuidado do familiar doente percebido como impossível. A família, também, necessita de assistência e a rede básica de saúde, assim como a política de assistência social, apresenta papel fundamental nesse processo. Ambas atuam no sentido da prevenção, tanto dos aspectos ligados à saúde e saúde mental, quanto daqueles ligados ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Durante as entrevistas com os usuários não foi possível identificar indícios de participação ativa dos familiares no processo de terapêutico. E, com as gestoras, a ausência de envolvimento dos familiares ficou evidente. Parece que tanto no nível básico, quanto na assistência especializada, não há participação ativa de familiares. O que a pesquisa não conseguiu identificar é se isso se deve a falta de oferta de ações voltadas à família ou se não há a adesão por parte da mesma. O que ficou explícita é a necessidade de superar esse desafio, uma vez que o acolhimento e o vínculo familiar é pressuposto central para a saúde mental e para a qualidade de vida.

4.3 ANÁLISE DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A entrevista com a coordenadora da política de saúde mental do município teve como objetivo obter uma compreensão global das características da política de saúde mental, os desafios enfrentados para que seus objetivos sejam alcançados e as principais transformações

vividas desde sua implantação. E, ainda, identificar a concepção e avaliação da entrevistada acerca do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Por isso, para a sua análise foram estabelecidas duas categorias gerais que são: Reforma Psiquiátrica e transformações na política de saúde mental de Maringá e; características e condições gerais da política. Tendo a primeira como subcategorias: concepção e avaliação da Reforma Psiquiátrica e principais mudanças na rede assistencial do município. E a segunda: articulação com as demais políticas sociais do município, estrutura da política (serviços e recursos humanos) e principais desafios enfrentados.

Antes da análise das categorias e subcategorias faz-se importante destacar que a entrevistada atua na saúde pública há dezesseis anos, é coordenadora da política há aproximadamente dois anos e meio e é formada em psicologia.

4.3.1 Reforma Psiquiátrica e Transformações na Política de Saúde Mental de Maringá

4.3.1.1 Concepção e Avaliação da Reforma Psiquiátrica

Como já dito em outros momentos, a concepção que um gestor ou técnico apresenta acerca da Reforma Psiquiátrica é fundamental para que sua ação diária seja realizada no sentido de garantir a concretização dos princípios desse movimento.

Sabe-se que muitos dos profissionais que ingressam na saúde pública, pouco conhecem da história político-social de sua construção. Por isso, com as questões voltadas à Reforma Psiquiátrica buscou-se compreender o nível de conhecimento da entrevistada acerca dos princípios desse movimento e o grau de adesão, uma vez que ela ocupa papel importante na gestão e implementação da política.

Para a questão “O que o Sr.(a) entende por Reforma Psiquiátrica” a **Coordenadora** respondeu:

– É uma forma diferenciada de ver o portador de transtorno mental, é uma tentativa de resgatar uma visão integral desse portador e as alternativas de tratamento. Uma atenção integral para esse usuário. Atendimento não focado apenas na saúde mental, mas também nas questões clínicas. Vê-lo não só como um portador, mas também perceber que ele precisa estar inserido em outras políticas públicas, cultura, esporte, assistência social.

Com essa resposta emerge um elemento novo não identificado nas demais entrevistas com os gestores dos serviços, qual seja a vinculação da reforma psiquiátrica à atenção integral e ao acesso às demais políticas públicas.

Para recordar, as respostas dos gestores a essa pergunta tiveram como foco a redução da internação de longa duração em hospitais psiquiátricos e as mudanças na assistência psiquiátrica. Essa comparação entre respostas é realizada uma vez que tanto a coordenadora quanto os gestores são antes de tudo técnicos da saúde mental há muitos anos e, por isso, apresentam história semelhante de inserção e atuação nos serviços.

A resposta apresentada pela Coordenadora é qualitativamente mais abrangente no que se refere à conceituação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que incluí a necessidade de atenção à demanda integral dos usuários. Essas diferenças parecem relacionar-se com as exigências concretas da atuação, posto que os gestores dos serviços, diretamente ligados a assistência diária, focam a Reforma nas características dessa assistência. Já a coordenadora, em função da atuação no processo de gestão da política, apresenta visão mais abrangente, o que é necessário para a atuação no cargo.

A compreensão do movimento de Reforma Psiquiátrica como transcendendo a assistência psiquiátrica é fundamental para que as ações sejam estabelecidas no sentido de atender a demanda integral do usuário. Sabe-se que a conceituação de saúde e sua garantia abrangem elementos das mais variadas ordens e, entre eles, está a garantia de direitos e a cidadania. Ser respeitado e reconhecido em suas necessidades é pressuposto central para a qualidade de vida e conseqüentemente para a saúde e saúde mental.

No que se refere à questão “Qual a sua opinião sobre ela?”, a Coordenadora afirmou ser essencial para a transformação assistencial, mas que se caracteriza como um processo, que exige muito mais que leis e portarias, ressaltando a importância do trabalho de formação, capacitação e sensibilização com os profissionais que atuam na área.

Com sua resposta percebe-se que a implementação da Reforma Psiquiátrica está diretamente ligada à atuação diária dos profissionais. É na prática, na relação diária que os profissionais estabelecem com o usuário, familiares e com o serviço, que os princípios e diretrizes podem materializar-se.

Por fim, à questão voltada para a identificação de como a política municipal tem contribuído para a implementação da Reforma Psiquiátrica, ela respondeu:

– *Com a implantação de serviços extra-hospitalares. Maringá tem hoje facilidade por conta do seu porte em implementar serviços. Com as capacitações oferecidas. Quem oferece essas capacitações? – O município e o Ministério da Saúde. Não há capacitações a nível*

Estadual. A nível nacional sim, o Ministério da Saúde lança editais e realiza oficinas com os coordenadores dos projetos, o que é muito bom para a troca de experiências.

Novamente a ausência do Estado do Paraná no processo de formação/capacitação da equipe é mencionada. Ao que parece a política de saúde mental do município de Maringá tem sido implementada a partir das ações nacionais e municipais, estando o gestor estadual à margem do processo.

Outro elemento importante presente na fala da Coordenadora é a facilidade encontrada pelo município no processo de implantação dos serviços. Como evidenciado no capítulo 3, Maringá é um município de grande porte e apresenta-se como referência para os municípios do entorno na oferta de serviços de saúde. Seu grau de desenvolvimento, associado a sua importância no cenário político estadual, são fatores responsáveis pela construção de uma rede de assistência pública de qualidade, no que se refere ao número e ao tipo de serviços oferecidos.

Contudo, como já mencionado, grande parte dos serviços que compõem a rede de saúde mental é municipalizada, não atendendo aos moradores de outros municípios.

4.3.1.2 Principais Mudanças na Rede Assistencial do município

Para a coordenadora houve mudanças significativas na política a partir da ampliação da rede assistencial, com a contratação de profissionais e com o aumento da demanda à medida que houve divulgação da assistência. Para essa divulgação foi imprescindível as ações de promoção de saúde realizadas na rede básica. A melhoria da assistência, sobretudo com a humanização, também foi citada como mudança importante, bem como as legislações e diretrizes que regulamentam a política.

Segundo a Coordenadora:

– Aconteceram muitas mudanças, principalmente a partir de 2003, quando a rede aumentou com a inauguração dos CAPS, NASF e vários outros serviços. Houve a necessidade de se contratar mais técnicos, porque também teve grande aumento da demanda por assistência. Mais alguma mudança que considere importante? – A legislação mudou muito também, hoje a política conta com uma série de portarias do Ministério da Saúde que regulamentam nosso trabalho. Com isso, houve melhora na qualidade do atendimento, que agora é mais humanizado.

Sua resposta ratifica as respostas das gestoras dos serviços. Destaca-se que os técnicos tiveram papel fundamental no processo de transformação da política de saúde mental do município de Maringá. Como afirma Silva (2000), foi a partir da mobilização dos profissionais que transformações gradativas foram feitas, sobretudo no momento em que a política estava em processo de construção e implantação a nível nacional, o que a deixava sujeita as influências dos interesses da agenda local.

Contudo, foi a partir de 2003, dois anos após a aprovação da Lei Nacional de Saúde Mental 10.216/01, que a política no município se expande e se estrutura. O que permite relacionar essa expansão à estruturação de nível nacional, sobretudo no que se refere ao repasse de recursos.

4.3.2 Características e Condições Gerais da Política

4.3.2.1 Objetivo da Política e Articulação com as Demais Políticas Sociais do Município

Em função da ligação estabelecida pela entrevistada entre essas duas subcategorias optou-se por analisá-las em conjunto.

Segundo a Coordenadora, os objetivos básicos da política de saúde mental do município de Maringá são:

– Dar um atendimento humanizado, seguindo as diretrizes da política nacional de humanização. Fortalecer os atendimentos na atenção básica (UBS e NASF), sempre se busca fazer com que a atenção básica seja o eixo organizador desse processo. Tentar fortalecer o vínculo da atenção básica com a comunidade e com outras secretarias, como a SASC com o CRAS e o CREAS, centros esportivos e culturais. Seguir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica também, tentar desenvolver os serviços nessa filosofia.

Para isso, segundo ela, a política conta com diversos dispositivos de assistência, já descritos no capítulo 3, que atendem aproximadamente 6.000 usuários por mês, considerando a rede especializada e básica.

Na fala da Coordenadora fica evidente o compromisso estabelecido com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, por meio do atendimento humanizado, e com o fomento da articulação com a rede básica e com outras políticas públicas. Esses são elementos

importantes que compõem as diretrizes do Movimento. Contudo, ações que vão na contramão puderam ser evidenciadas na prática.

Como exemplo tem-se a proposta de aumento de leitos no hospital psiquiátrico da cidade para a internação de dependentes químicos, bem como a série de direitos não garantidos e elencados quando da análise das entrevistas com os usuários.

Porém, há que se destacar as ações que de fato retificam o Movimento, sobretudo, no que se refere à qualidade da assistência psiquiátrica e psicológica nos serviços de base territorial.

No que se refere à articulação entre a política de saúde mental e demais políticas públicas do município, a Coordenadora evidenciou o estabelecimento de ações conjuntas apenas com a política de assistência social. Segundo ela:

– A assistência social é a mais próxima, por meio dos CRAS e CREAS, busca-se discutir casos. Em todos os eventos e discussões busca-se trazer a Educação, Cultura, Esporte. Nos eventos relacionados à dependência química buscamos trazer a segurança. Em todos os eventos da Saúde Mental que não são muito técnicos e nem muito específicos, os profissionais dessas secretarias são convidados, tudo isso para buscar promover um olhar integral do paciente. Quando existem projetos buscamos trazê-los como parceiros. O controle social também é chamado, conselho tutelar, conselho de segurança, Conselho de Políticas sobre Drogas (COMAD). As políticas não procuram a Saúde Mental. Por exemplo: a educação não busca para falar de doença mental, apenas quando se refere à dependência química. A doença mental não é um assunto muito discutido.

Com base nessa fala, é visível que ações intersetoriais, como a discussão de caso, é estabelecida com a política de Assistência Social. Já com as demais políticas, a relação parece mínima e baseia-se na participação de eventos e informação, sendo evidenciada pela entrevistada a resistência apresentada por elas frente à política de saúde mental.

Toda a dificuldade em estabelecer parcerias nas ações com as demais políticas públicas do município já foi extensamente discutida nesse trabalho, assim como a importância da efetivação da intersetorialidade para a oferta de atenção integral e para a garantia de acesso dos usuários a todos os direitos (humanos, políticos, civis e sociais). Novamente enfatiza-se que essa articulação apresenta-se como um grande desafio da política nacional e municipal.

4.3.2.2 Principais Desafios Enfrentados

Entre os principais desafios encontrados para que a política de saúde mental do município de Maringá alcance seus objetivos, a Coordenadora destacou a falta de formação e sensibilização dos profissionais para o atendimento humanizado e em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Novamente a temática é explicitada. Segundo ela:

– A maior dificuldade é a resistência dos profissionais de saúde em entenderem e se sensibilizarem com essa nova forma de atendimento, a questão da humanização e da Reforma Psiquiátrica. A formação é muito técnica é preciso trabalhar a necessidade do olhar integral para o paciente psiquiátrico. [...] O município oferece capacitação nesse sentido? – Eu acredito que sim, mas acredito que talvez as capacitações sejam fragmentadas e não vinculadas com a política de saúde mental. [...] Estamos tentando criar espaços de troca de experiências, para um visitar os serviços do outro, a parceria com a Associação tem sido muito rica para os serviços nesse sentido. Existe medo da doença mental e da dependência química, existe resistência, principalmente, com relação à dependência química, há questões morais envolvidas. Exige do profissional o abandono dos preconceitos, para dar um atendimento de qualidade. É um processo complicado e longo.

A Coordenadora reconhece a necessidade de maior formação para a equipe, sendo que os cursos ofertados pelo município são fragmentados. Ela também atribuiu falhas à formação acadêmica, voltada basicamente para os procedimentos técnicos e sem incluir em seus currículos conteúdo sobre a atuação na saúde pública.

Ela deixa evidente, ainda, a resistência dos profissionais frente ao paciente psiquiátrico e ao dependente químico. A concepção social da loucura baseada em estereótipos e conceitos instituídos pela psiquiatria, permeia a formação acadêmica e social dos profissionais e interfere diretamente na sua relação e trato com os usuários.

A necessidade de construir um novo olhar sobre a loucura se torna eminente para a verdadeira transformação da prática assistencial e, sobretudo, para a verdadeira participação social das pessoas com sofrimento psíquico. Enquanto forem vistas e tratadas como incapazes e amorais, torna-se impossível construir e garantir sua cidadania plena.

Outras dificuldades destacadas pela a Coordenadora foram: limitação orçamentária, sobretudo para a contratação de profissionais, o que impede o atendimento de toda a demanda

e resistência dos familiares em restabelecer os vínculos com os pacientes internados. Fatores já discutidos nesse trabalho.

Sobre a contratação de profissionais, muitos municípios colocam essa responsabilidade como limitadora da implantação de ações e serviços sob a justificativa de não poder ultrapassar o teto orçamentário. Porém, alguns municípios concorrem a editais e projetos e inauguram serviços com equipe mínima, ou até desfalcada, para não perder recursos. Com isso oferecem condições mínimas de atuação para os profissionais e serviços de baixa qualidade para os usuários. Como afirma Yasui (2006), a falta de recursos ainda é um dos principais desafios da política de saúde brasileira.

De modo geral, essas são as principais informações obtidas com a entrevista da Coordenadora da política de saúde mental do município de Maringá. Essas informações, somadas ao que já foi abordado na análise das entrevistas de usuários e gestores, permitiram traçar um perfil geral da política e, sobretudo, da sua contribuição para a garantia/construção da cidadania de alguns de seus usuários.

REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde mental é uma realidade em nosso país. Fruto de intenso processo de luta e disputas políticas, que não se encerraram, apresenta avanços significativos na assistência à saúde mental das pessoas com sofrimento psíquico e, também, muitos desafios a serem superados para a garantia da atenção integral às suas demandas.

A demanda que se apresenta fundamental é da construção e garantia da cidadania dos usuários, uma vez que, anos de exclusão e violência vividas, sobretudo nos hospitais psiquiátricos, possibilitou a construção da representação social dessas pessoas pautada nos princípios da irracionalidade, incapacidade, improdutividade e amoralidade. Todas as características reprovadas e desnecessárias à ordem social capitalista.

Para as pessoas com sofrimento psíquico isso representou a construção de uma identidade pautada nessa visão redutora e distorcida, fomentada pelas relações de tutela estabelecidas nos serviços, na família e no ambiente social, que são legitimadas pela série de construções científicas acerca de sua condição. Essas construções ordenam sua vivência social e subjetiva. É refletida nos olhos dos outros que encontramos a imagem de nós mesmos. Assim, o reconhecimento social, ou a falta dele, forja identidades e subjetividades.

A identidade social da pessoa com sofrimento psíquico, construída desse modo, legitimou o longo processo de negação da condição de sua cidadania. Segundo Birman e Costa (1994) e Engel (2001), a vinculação da loucura com a irracionalidade retirou do louco sua condição de indivíduo do contrato social. Por isso, enquanto efervescia a disputa política em torno dos direitos e da cidadania, as pessoas com sofrimento psíquico padeciam às duras penas nos hospitais psiquiátricos a punição por apresentarem desvio do modelo de homem burguês necessário ao capitalismo.

Foi com o questionamento da assistência psiquiátrica tradicional e com o surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que essa realidade foi evidenciada, tornando possível o processo de questionamento e transformação. Como movimento social, o Movimento de Reforma Psiquiátrica engajou-se na luta pelos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, tanto daqueles que se referem às dimensões universalmente institucionalizadas (dimensões civil, política e social), quanto dos direitos que são específicos a essa minoria.

A marca importante desse movimento foi o protagonismo assumido por usuários e familiares, fator determinante para a caminhada rumo à emancipação social desses sujeitos.

Contudo, à medida que importantes reivindicações se institucionalizaram em política pública, a organização social do Movimento de Reforma Psiquiátrica perde parte do seu caráter político. Mesmo com o surgimento do Movimento de Luta Antimanicomail, o engajamento político de técnicos, familiares e usuários, não parecem ser o mesmo.

De acordo com Birman e Costa (1994), construir e garantir a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico tem sido o maior desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira. E após anos de lutas e implementação da política pública de saúde mental, as pessoas com sofrimento psíquico ainda são vítimas de uma série de violação de direitos, isso no âmbito assistencial, jurídico e social. Essa realidade só pode ser alterada com o engajamento ativo desses usuários, dos trabalhadores da saúde mental, familiares e todos àqueles que reconhecem a necessidade de se estabelecer um novo lugar social para a loucura.

Reconhece-se, assim, o compromisso social que o Movimento de Reforma Psiquiátrica estabelece quando adota a cidadania como temática central das disputas e, a influência dos seus princípios na conformação da política pública de saúde mental brasileira. E, a partir de sua criação muitos avanços foram alcançados.

Contudo, a fim de identificar na prática cotidiana como as ações da política de saúde mental fomentam o processo de construção garantia de cidadania é que foi proposto e realizado esse trabalho. E, a partir dos resultados alcançados, algumas considerações puderam ser feitas.

A maior contribuição da política de saúde mental do município de Maringá para a garantia da cidadania dos seus usuários é a oferta da assistência psiquiátrica de qualidade. A partir da atenção em liberdade, do estabelecimento de vínculo de acolhimento entre usuários e técnicos, da organização interna dos serviços e do respeito à dignidade humana, é garantido direito e o acesso à assistência psiquiátrica.

A avaliação realizada pelos usuários do atendimento recebidos nos serviços da rede de base territorial em comparação com a assistência das instituições psiquiátrica, remonta aos avanços que a primeira proporciona e a manutenção, na segunda, de práticas violadoras dos direitos humanos essenciais.

Por isso, causa estranhamento quando se percebe que no município de Maringá, acompanhando a tendência nacional, propõe-se a ampliação dos leitos psiquiátricos. E, ainda, a importância e centralidade que essa forma de assistência assume no discurso e na prática dos gestores dos serviços. O hospital psiquiátrico é responsável sim pela violação de direitos. E não há como se pensar em construção da cidadania plena dos usuários enquanto essa for

estratégia importante da política de assistência, sobretudo, para os municípios que não contam com serviços especializados.

Formas substitutivas e de qualidade existem e se os hospitais psiquiátricos permanecem é porque há falhas na política e nas redes assistências. Contudo, no âmbito da política do município de Maringá, de forma geral, há uma rede bem estruturada de assistência, tanto a nível especializado quanto a nível básico, sendo o município modelo no Estado do Paraná. O quê, para sua população, significa maior acesso a rede especializada de base territorial.

Já, para os municípios do entorno, que não possuem rede especializada, o hospital psiquiátrico é a principal forma de assistência em casos de crise. Uma solução plausível seria o estabelecimento de serviços de assistência regionalizados, fator que necessita da participação ativa do gestor Estadual. Porém, como pode ser identificada nas entrevistas, essa atuação é praticamente inexistente. Retoma-se, assim, a importância da participação e responsabilização das três esferas de governo no financiamento e gestão das políticas públicas.

No que se refere à ação dos serviços de assistência pesquisados, pôde-se constatar que muitos desafios precisam ser superados para que o serviço garanta direitos e fomente o processo de construção da cidadania plena das pessoas com sofrimento psíquico que atendem. Um dos maiores desafios a ser superado é a manutenção da visão redutora do usuário, marcada pelo preconceito, apresentada por membros da equipe técnica. Tal visão tem fomentado relações da tutela, ou seja, práticas que promovem a dependência e que impedem a emancipação social desses sujeitos. Em alguns casos foi possível identificar práticas autoritárias e de violência subjetiva.

Não puderam ser identificadas nos serviços de assistência, espaços para o desenvolvimento da autonomia. Entende-se que o exercício diário de autonomia, expresso por escolhas e pela possibilidade de conduzir a própria vida, é fator determinante para a construção da identidade de cidadão e portador de direitos. É a partir desse treino social e do incentivo e possibilidade de participação política mais ampla, que os usuários podem assumir o protagonismo na luta pela garantia de suas demandas.

As práticas e visão de profissionais e familiares estabelecidas de forma preconceituosa são reforços diários que mantêm a pessoa com sofrimento psíquico à margem do processo de cidadania e que reproduz a lógica manicomial nos serviços e no ambiente social. Segundo Delgado (1991, p. 17):

[...] urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador funciona como um cadeado, uma camisa-de-força, como um poderoso psicofarmáco. Somente explodindo o manicômio introjetado, [...] poder-se-á chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico.

Esse é um dos grandes desafios que se apresenta a assistência à saúde mental maringense. As justificativas para a conduta dos profissionais podem ser atribuídas à falta ou inadequação da formação recebida, tanto em nível acadêmico quanto em nível da prática assistencial cotidiana. Torna-se urgente, portanto, que a política de saúde mental, em todos os níveis, tenha como prioridade a formação de seus profissionais, já que é na prática cotidiana que se transforma ou se mantêm as relações instituídas.

Ações voltadas para a contratação de profissionais, bem como para a garantia de condições de trabalho e remuneração justas, são necessárias para a manutenção das equipes e para a diminuição da rotatividade de profissionais. Fatores imprescindíveis para a qualidade da assistência.

Todas as discussões empreendidas no âmbito do Movimento de Reforma Psiquiátrica concluem que as demandas dos usuários são complexas e que os serviços de assistência têm papel fundamental na busca da garantia de todas elas. Para isso se reconhece a necessidade do estabelecimento de redes entre os serviços e de ações intersetoriais entre a política de saúde mental e demais políticas públicas.

Durante décadas as pessoas com sofrimento psíquico foram concebidas como “cabeças doentes”, sendo negligenciadas todas as demais necessidades e direitos. Hoje a política de saúde mental tem como proposta atendê-las em sua integralidade. Contudo, a partir da análise das ações dos serviços maringense pôde-se perceber que o processo de fragmentação das demandas ainda persiste.

De modo geral, tanto a relação entre os serviços da rede especializada e básica, quanto à relação com as demais políticas públicas parecem pautar-se em encaminhamentos e processo de referência e contra-referência. Ações conjuntas são raras, quando existem, são pontuais.

Para os usuários da política de saúde mental, com histórico de abandono e negligência, fruto, mais uma vez, da visão redutora que reconhece como única demanda a assistência psiquiátrica, isso representa sérias violações de direitos. A assistência odontológica, clínica,

jurídica, acesso ao trabalho, a participação social, entre outros, são limitadas, se não impedidas por práticas sociais excludentes.

A ação da política de saúde mental em parceria com as demais políticas públicas é instrumento fundamental para a transformação dessa realidade, pois é com o intermédio daqueles que reconhecem ou, ao menos deveriam reconhecer, sua condição de cidadania, é que os demais direitos podem ser acessados.

A partir da pesquisa pode-se perceber que prevalece o paradoxo da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil, já que o acesso a alguns direitos significa à retirada ou negligência de muitos outros. Exemplo é o processo de interdição civil, prática comum, embora nem sempre necessária, a concessão de benefícios sociais.

Assim, para garantir sua sobrevivência o usuário precisa abrir mão da dimensão civil da sua cidadania e isso significa a perda de toda a sua liberdade individual e social. Não há aqui a expressão da equidade, já que as especificidades dessa população não são observadas. Se optarem pelo benefício, devem abrir mão do acesso ao trabalho e da condução da vida.

A violação de direitos dos usuários entrevistado se expressou em muitos âmbitos de suas vidas, já que há pouca participação e interação social e comunitária, acesso restrito ao mercado formal de trabalho e às formas alternativas de geração de trabalho e renda. O preconceito social está presente, é forte e delimita a sociabilidade das pessoas com sofrimento psíquico entrevistadas.

Foram poucas as ações identificadas no âmbito dos serviços que pudessem transformar essa realidade. Lembrando que, como bem define Amarante (1995), desinstitucionalizar não significa empregar novas práticas assistenciais, significa construir novas formas de representação e relação com os fenômenos humanos e sociais.

A preocupação da rede assistencial ainda está focada na oferta de assistência psiquiátrica de qualidade, o que tem sido alcançado com sucesso. Todos os usuários entrevistados reconhecem a qualidade da assistência. Contudo, faltam ações que atribuam à rede assistencial o caráter verdadeiramente psicossocial.

Sabe-se que as necessidades dos usuários são mais amplas e que estratégias voltadas, sobretudo, para o reconhecimento da sua cidadania no ambiente social, familiar, assistencial e jurídico são fundamentais. Estratégias devem ser implementadas no sentido de atribuir aos usuários e familiares o protagonismo, o que deve ser feito por meio do fomento à participação no processo de construção, gestão e avaliação dos serviços e da política.

O espírito de luta e participação democrática, tão importante para o Movimento de Reforma Psiquiátrica, precisa se retomado. A institucionalização da política não deve ser

instrumento de cerceamento da liberdade e da criatividade para a construção de novas experiências. Por isso, as ações devem romper os limites da assistência psiquiátrica e adentraram todos os espaços de existência social possível para esses sujeitos. Esse é o desafio, o “nó” a ser desfeito.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDRADE, L. A. G. de. O município na política brasileira: revisitando Coronelismo, enxada e voto. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Octávio. (Org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. São Paulo: Unesp, 2007. p. 243-260.
- ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, 2002, p. 431-458.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Poder e decisão. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. *Política e Sociedade*. São Paulo: Ed. Nacional, 1979.
- BARRETO JUNIOR, I. B.; SILVA, Z. P. da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 47-56, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24778.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2011.
- BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BERG, B. L. *Qualitative Research, Methods for the Social Sciences*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, 2001.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-126.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BOM dia Brasil. *Frio pode ter causado morte de três pacientes em hospital de Sorocaba*. Disponível em: <<http://www.g1.globo.com>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. *Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/2001 e Portaria MS/GM no. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. *Nota Técnica: núcleos de apoio à saúde da família (NASF)*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados: Informativo eletrônico*, Brasília, DF, ano 5, n. 7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados: Informativo eletrônico*, Brasília, DF, ano 4, n. 8, jan. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados: Informativo eletrônico*, Brasília, DF, ano 6, n. 9, jul. 2011b.

CARDOSO, R. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, E. (Org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 81-90.

CARTA de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5474.html>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Benefício de prestação continuada: não abra mão da sua cidadania*. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

COSTA, V. Federalismo. Sistema Político Brasileiro: uma introdução. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Octávio. (Org.). *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. São Paulo: Ed. da Unesp, 2007. p. 211-224.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DALLARI, D. de A. A luta pelos direitos humanos. In: LOURENÇO, M. C. F. (Org.). *Direitos humanos em dissertações e teses da USP: 1934-1999*. São Paulo: Edusp, 2000. p. 32-38.

DAMASCENA, J. S. *O peso do voto metropolitano: a representatividade das regiões metropolitana de Maringá e Londrina na Assembléia Legislativa do Paraná – ALEP*. 2010. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

- DAÚD JUNIOR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: BOARINI, Maria Lúcia. *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, 2000. p. 31-64.
- D’ÁVILLA VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.
- DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Jaques Maurício Delgado, 1991. p. 11-26.
- DRAIBE, S. M. *O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda de reformas*. Brasília, DF, PNUD/IPEA, 1997. Texto preparado para PNUD. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano.
- ENGEL, M. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios: Rio de Janeiro, 1830-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- FERNANDES, L. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – 1853 a 1983: memória. Curitiba: E. A. de Castro, 2004.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HIRSCHMAN, A. O. *A retórica da intransigência: perversidade, futilidade, ameaça*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HOLZMANN, E. R. F.; LACERDA, M. C. H.; FREITAS, M. C. D. Uma discussão sobre a inserção do Centro Psiquiátrico Metropolitano na Reforma Psiquiátrica. *Gestão de Políticas Públicas no Paraná. Coletânea de Estudos*, [S.l.], v. 1, p. 331-352, 2008.
- JUNIOR, I. B.; SILVA, Z. P. da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *Perspectiva*, São Paulo, v. 3, n. 18, p. 47-56, 2004.
- LIMA, M. C. P. L.; BOTEGA, N. J. B. Hospital dia: para que e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-199, 2001.
- MARINI, S. *Reforma psiquiátrica: elementos teóricos, políticos e sociais do movimento determinante para a construção da política pública de saúde mental*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MIGDAL, J. The state in society: an approach to struggles for domination. In: MIGDAL, J.; KOHLI, A.; SHUE, V. *State power and social forces: domination and transformation in the third world*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. Disponível em: <<http://assets.cambridge.org>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PIERUCCI, A. F. Linguagens autoritárias, voto popular. In: DAGNINO, E. (Org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

RICHIE, J.; LEWIS, J. *Qualitative research practice: a guide for social students and researchers*. London: Sage Publications, 2003.

RODRIGUES, M. M. A. *Políticas públicas*. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SCORSESE, M. *A Ilha do medo* [Shutter Island]. [Filme-vídeo]. Direção de Martin Scorsese. Estados Unidos: Paramount Pictures, 2010.

SILVA, A. M. P. da. *Serviço Municipal de Saúde Mental de Maringá: considerações e retrospectiva histórica*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2000.

SOARES, M. A. J. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. 1997. 117 f. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologia*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 29-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, J. *A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica*. 2003. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2003.

SOUZA, J. *A modernização seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro*. Brasília, DF: Ed. da Universidade de Brasília, 2000.

SOUZA, J. F. R. de. A loucura na renascença: análise comparativa das obras de Erasmo e Bruegel, na perspectiva de Foucault. *Perspectivas*, Campos dos Goytacazes, v. 4, n.7, p.19-29, jan./jul. 2005.

TAYLOR, C. *Argumentos filosóficos*. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

TAYLOR, C. *Sources of the self: the making of the modern identity*. Cambridge: Harvard University: Chicago University Press, 1993.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, E. M. *O que é psicologia comunitária*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VIANA, A. L. d'Ávila; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. *Tempo e Argumento: Revista de Pós-Graduação em História*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, jan./jun. 2009.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

YAMAMOTO, Oswaldo H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (Org.). *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 37-54.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1987		
Eixos Centrais	Sub-eixos	Princípios e diretrizes Gerais de cada Sub-eixo
1 – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental	1.1 - Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental	<ul style="list-style-type: none"> - Combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde.
2 - Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental	2.1 - Princípios gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Para a concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana para melhorar a condição de vida da população e uma reforma tributária para maiores investimentos em saúde. - Discussão exaustiva do significado da Reforma Sanitária em todos os segmentos da população, de maneira que não seja instituída por decretos, desconsiderando os movimentos sociais. - Ter garantidos pelo Estado os espaços de participação efetiva da população organizada no processo de sua elaboração e implementação.
	2.2 - Princípios básicos	<ul style="list-style-type: none"> - Formação do SUS público, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com mecanismos de referência e contra-referência. - O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada. Os serviços privados serão controlados pelo Sistema de Saúde até a efetiva estatização de todas as ações. - Será permitida a implantação de estabelecimentos para prestação de serviços de saúde de forma liberal, sem qualquer forma de subsídios, isenção, credenciamento, contrato ou convênio com o setor público. - Participação de setores organizados da sociedade civil quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde e saúde mental. - Os recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão provenientes da receita tributária da União, estados, municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB. - A indústria farmacêutica será estatizada. - As ações de proteção, segurança e higiene do trabalho passam a fazer parte do SUS. - Garantia de um processo de democratização e descentralização do setor. - A normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações. - A formação de recursos humanos é da responsabilidade do Estado.

	<p>2.3 Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e Estadual. - Constituir em toda a unidade de saúde e saúde mental uma comissão de usuários para acompanhamento das questões administrativas. - Representatividade paritária da comunidade no processo de municipalização dos serviços de saúde. - Democratização das instituições e unidades de saúde, privilegiando o poder local por meio de instrumentos de participação. - Garantia de transparência da organização, administração e utilização de recursos, assim como pesquisas dos estabelecimentos públicos. - Fiscalização para que as pesquisas científicas sejam realizadas com o consentimento dos clientes. - Garantia de distribuição suficiente de psicotrópicos. - Prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional. - Não credenciamento de novos leitos psiquiátricos em unidades tradicionais, reduzindo, progressivamente, os existentes (será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos). - Novos leitos psiquiátricos deverão estar localizados em hospitais gerais. - As Emergências Psiquiátricas em hospitais gerais devem ser a porta de entrada exclusiva para a assistência. - Regulação das unidades de internação psiquiátrica a partir do centro de saúde, ambulatórios e pólos de emergência da rede pública. - Reavaliação das unidades de internação existentes. - Desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos. - Programa de recuperação da população internada cronicada com a criação de espaços de habitação integradas aos serviços extra-hospitalares. - Implantação de recursos assistenciais alternativos (hospital-dia, hospital-noite, lares protegidos, pré-internações, núcleos autogestionários e trabalho protegido). - Descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatórios da rede pública. - Implantação das equipes multiprofissionais em unidades assistenciais. - Revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, para impedir a disseminação de práticas de controle social. Ações intersetoriais entre saúde e educação. - Incremento da reabilitação profissional do egresso de hospitais psiquiátricos na rede de serviços do INAMPS. - Ações em promoção de saúde mental com outros programas de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.
--	---	--

	2.4 - Política de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão feita exclusivamente por concurso público. - Critérios públicos de lotação e remanejamento de funcionários. - Estabelecimento de plano de cargos e salários para todas as instituições públicas de saúde. - Contrato de trabalho com salário digno e incentivo à dedicação exclusiva com remuneração. - Garantia, dentro da carga horária contratual, de espaço para atualização, pesquisa, supervisões técnicas de equipe e contato dos profissionais com suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho, avançando no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações identificadas com o interesse e organização dos usuários. - Garantia à comunidade de usuários acesso à informação sobre o preenchimento de vagas nos cargos públicos de saúde, com a participação nas decisões de necessidade dessas contratações; - Estabelecimento de uma política de interiorização de recursos humanos através de incentivos salariais e funcionais. - Proibição da ocupação de cargos de direção e chefias do serviço público por proprietários ou sócios de estabelecimentos da rede privada de assistência em saúde; - Que os critérios para o exercício das chefias sejam pautados em competência técnica para tal função, não sendo privativo de nenhuma das categorias envolvidas. - Isonomia salarial e .de jornada de trabalho dos profissionais e funcionários de nível elementar, médio e superior, dos serviços públicos federais, estaduais e municipais, - As universidades deverão assumir o seu papel de pólo de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde com transformação curricular compatível com a formação de recursos necessários à rede pública assistencial em saúde mental.
3 - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental	3.1 - Recomendações à Constituinte	<ul style="list-style-type: none"> - À Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte, a solicitação de inclusão de um parágrafo terceiro ao item 1º do atual relatório da Comissão de Saúde, que incluir a seguridade da atenção à saúde pública e de qualidade enquanto direitos de todos os cidadãos, sendo definida a forma de se exigir esse direito. - Todas as pessoas, independente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente de todos os direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta Constituição e legislação que reconheça suas especificidades. - Reforçamos o "projeto de iniciativa popular", que assegurará a possibilidade de técnicos e usuários, através de suas entidades representativas apresentarem projeto de lei modificando os dispositivos jurídicos ora em vigor. - Quando da revisão da legislação ordinária consubstanciada no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, devem ser incorporadas as conquistas de direitos dos indivíduos e os atuais avanços de organização e de técnicas no setor. Também deverão merecer cuidados a revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia.

	<p>3.2 - Reformulação da legislação ordinária</p>	<p>Este item trata de uma série de alterações propostas à legislação civil, penal, sanitária e psiquiátrica e legislação trabalhista. Segue de forma geral algumas dessas propostas (maiores informações consultar o relatório final da Conferência):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificação da Legislação que regula as questões relativas às interdições. A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física. - A legislação ordinária deverá fazer uma revisão acerca da questão da inimputabilidade. - Que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação. - A definição de uma pessoa como 'perigosa' não deve ter o caráter de definitivo julgamento. Sua elaboração deve estar subordinada aos objetivos de uma sociedade democrática, justa, igualitária e capaz de garantir os direitos humanos fundamentais. - Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. - Que se garanta ao usuário o direito de acesso ao prontuário, que possam opinar sobre o processo terapêutico. - Que os critérios de funcionamento hospitalar, relação de leitos por técnicos, considerem as características de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional. - Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: <i>habeas-corporis</i>), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas. - Que sejam criadas estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, através de Centros de Reabilitação, sendo o trabalho de caráter protegido. - Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle. - Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico, além da proteção contra práticas perniciosas à integridade física e mental. - Que se crie dispositivo legal que garanta a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento. - Que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva. - Punição do empregador que mantenha condições de trabalho reconhecidamente insalubres e deletérias à saúde. - Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social no mercado de trabalho; - Inserir em uma nova Consolidação das leis do Trabalho (CLT), formulações que garantam a manutenção da saúde física e mental.
--	---	---

Fonte: I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.

APÊNDICE B

IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios - 2010		
Eixos Centrais	Sub-eixos	Princípios e diretrizes Gerais de cada Sub-eixo
1 – Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais	1.1 - Organização e consolidação da rede	<ul style="list-style-type: none"> - Afirmação da Gestão pública da Política. - Responsabilização dos três níveis de governo pela gestão da política; - Implementação e ampliação de rede extra-hospitalar de assistência e criação de serviços regionalizados e consórcios intermunicipais. - Garantia da realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social, justiça e direitos humanos;
	1.2 - Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento e regulamentação de repasse dos recursos financeiros pelas três esferas governamentais, com base em critérios como: dimensões demográficas e epidemiológicas, com extinção de pagamento por produção assistencial.
	1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Delibera sobre a forma de contratação, formação e ampliação do número de profissionais da saúde mental. - Afirma a necessidade de implantação de Política de Plano de Carreira de Cargos e Salários.
	1.4 - Política de assistência farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Aponta a necessidade de sustentação e garantia de fornecimento de medicamentos aos usuários da política de saúde mental.
	1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da participação da sociedade na formulação/efetivação das políticas de saúde mental. - Assegurar a continuidade dos projetos aprovados pelos Conselhos e Conferências de Saúde Mental; - Criar novos dispositivos de controle e participação popular; - Realizar campanhas governamentais de sensibilização que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização; - Capacitar familiares, usuários e conselheiros para o processo de formulação de políticas e controle social.
	1.6 - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações.
	1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de políticas públicas intersetoriais, integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. - Garantir financiamento e o estabelecimento de fóruns e dispositivos de cooperação intersetoriais. - Integrar e fortalecer os sistemas SUS-SUAS
	1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações interministeriais entre as áreas da saúde e da educação sobre todos os níveis de escolarização, a formação profissional, a produção de conhecimento no cotidiano dos serviços, a cultura e a pesquisa.
	1.9 - Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Reafirma os princípios e as conquistas do SUS (política de saúde pública e universal) e da Reforma Psiquiátrica (desinstitucionalização, inclusão social e rede de atenção psicossocial que substitui os hospitais psiquiátricos, entendendo os usuários como sujeitos de direitos.

2 – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais	2.1 - Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Superação do modelo asilar com a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo. - Adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente, dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos.
	2.3 - Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> - Reafirma o CAPS como dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços. - Implantação de CAPS com base em dados epidemiológicos. - Assegurar a regionalização dos serviços oferecidos pelos CAPS por meio do Programa de Pactuação Integrada.
	2.4 - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de rede assistencial efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado. - Ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas na atenção básica, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS, SAMU, UPA e leitos em hospitais regionais e gerais que atuem na lógica antimanicomial.
	2.5 - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir e ampliar o programa de desinstitucionalização, com o conseqüente fechamento dos leitos psiquiátricos. - Garantir e ampliar o acesso aos SRTs e Programa de Volta Para Casa. - Ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários na luta contra o estigma e a favor da inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
	2.6 - Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais considerando as fortes implicações dessas ações na qualidade de vida das pessoas e comunidades. - Proporcionar ações intersetoriais sócio educativas, preventivas e de geração de renda no âmbito da atenção primária.
	2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida. - Criar e expandir, em todo o país, a rede de cuidados a implantação de CAPSad III, CAPSad, além de criação de CAPSad com perfil para infância e adolescência. - Garantir a implantação e implementação dos dispositivos normativos já existentes e relativos à criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais nos municípios.
	2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento Intersetorial em consonância com a legislação (ECA e Lei 10.216). - Reafirma a função do CAPSi como dispositivo estratégico e ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil.

	<p>2.9 - Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero (etc)...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar os princípios da integralidade, acessibilidade, intersetorialidade, e do respeito à identidade cultural, assim como de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde mental. - Criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas relacionados a: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social.
<p>3. Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial</p>	<p>3.1 - Direitos Humanos e Cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acesso a tratamento sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes, bem como requer identificar e estabelecer sanções a políticas e serviços públicos que excluam os cidadãos em sofrimento psíquico. - Propor um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos. - Fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência. - Fortalecer os Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos - Efetivar a implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde mental. - Formação permanente de profissionais do SAMU, emergência em Saúde Mental e profissionais da segurança pública, dos demais profissionais da Saúde Mental e sociedade civil no que se refere cidadania e direitos humanos. - Reafirma a importância da aplicação da Lei 10.216 e da Constituição Federal no tocante ao enfrentamento dos preconceitos. - Conscientização da sociedade quanto aos direitos e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e não exclusão, o respeito à diversidade, e a oferta de acessibilidade aos direitos sociais.
	<p>3.2 - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar e implantar, nas três esferas de governo, uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais. - Ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social, ressaltando a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações desses atores. - Criar linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados às empresas para viabilizar a inclusão de pessoas com sofrimento psíquico no mercado formal de trabalho. - Garantir, através de desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho. - Garantir BPC aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em cooperativas sociais.

	3.3 - Cultura e Diversidade Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de políticas específicas e permanentes de apoio às iniciativas artísticas e culturais destas pessoas, com dispositivos intersetoriais em âmbito federal, estadual, interestadual, municipal e local, visando a inserção social, a produção cultural e a geração de trabalho e renda das pessoas com sofrimento psíquico, incluindo mecanismos e estratégias de divulgação, circulação e escoamento de suas obras e produtos. - Garantir recursos públicos, materiais e humanos para incentivo da produção artístico-cultural dos usuários de serviços de saúde mental, para a promoção de parcerias com instituições ligadas à cultura e para realização de atividades artísticas, desportivas e culturais, de maneira intersetorial. - Implantar Centros de Convivência e Cultura, Pontos de Cultura, e Outros Espaços de convivência e atividades culturais.
	3.4 - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos	<ul style="list-style-type: none"> - Efetivar as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder na área de saúde mental. - Exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos e sociais.. - Alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. - Articulação com o Judiciário por meio de ações de capacitação dos profissionais da Justiça e Ministério Público, de constituição de grupo de trabalho para discutir e avaliar as interdições judiciais existentes; de agilização do processo de obtenção de certidões tardias de pessoas com transtorno mental; bem como para a elaboração de material informativo sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares da saúde mental. - Revisar, junto ao INSS, os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada BPC / Lei Orgânica de Assistência Social LOAS para atender pessoas com sofrimento psíquico e viabilizar o acesso de todos, com ênfase na inexigibilidade do termo de curatela para concessão de benefícios previdenciários, assistenciais ou de aposentadoria.
	3.5 - Educação, inclusão e cidadania	<ul style="list-style-type: none"> - Construir ações intersetoriais entre as redes de educação e de saúde/saúde mental, visando garantir a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA). - Criação de projetos e estratégias específicas para se evitar a evasão escolar e também viabilizar a atenção psíquica aos alunos que necessitam de cuidados. - Assegurar uma formação ampla em saúde mental nos ensinos básico, técnico e superior.

Fonte: VI Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final.

APÊNDICE C

PESQUISA	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ
ESTADO	PARANÁ
ENTREVISTAS	USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1. SEXO:
2. IDADE:
3. ESCOLARIDADE:
4. ESTÁ CURSANDO ESCOLA / FACULDADE?.
5. COR OU RAÇA:
6. ESTADO CIVIL:
7. QUAL É O SETOR QUE O SR(A) TRABALHA:
8. RENDA INDIVIDUAL MENSAL:
9. RENDA FAMILIAR MENSAL (EM SALÁRIO MÍNIMO):
10. HÁ QUANTO TEMPO É MORADOR DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ?
11. HÁ QUANTO TEMPO É USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL?
12. QUAL(IS) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL UTILIZA ATUALMENTE?
13. DIAGNÓSTICO:
14. FAZ USO DE MEDICAMENTOS?
15. SE SIM, QUAL(IS)?
16. JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS? QUAIS?
17. SE SIM, QUANTAS VEZES?
18. QUANTO TEMPO EM MÉDIA DURARAM ESSAS INTERNACÕES?
19. COMO VOCÊ AVALIA A ASSISTÊNCIA A SAÚDE OFERECIDA NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

20. POR QUÊ?

21. COMO VOCÊ AVALIA A ASSISTÊNCIA OFERECIDA NO(S) SERVIÇO(S) QUE VOCÊ FREQUENTA HOJE? POR QUÊ?

22. O SENHOR(A) TEM ALGUMA SUGESTÃO DE COMO O ATENDIMENTO NO(S) SERVIÇO(S) PODERIA SER MELHORADO?

23. QUAL A PRINCIPAL DIFERENÇA ENTRE A ASSISTÊNCIA DO(S) HOSPITAL(S) PSIQUIÁTRICO(S) E A ASSISTÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL QUE O SENHOR(A) UTILIZA HOJE?

24. QUAIS ATIVIDADES O SENHOR(A) REALIZA NO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE MENTAL?

25. COMO É A SUA RELAÇÃO COM A EQUIPE TÉCNICA DO(S) SERVIÇO(S)?

26. HOUVE MELHORA EM SUA VIDA DEPOIS QUE COMEÇOU A FREQUENTAR O(S) SERVIÇO(S) QUE UTILIZA HOJE?

27. SE SIM, QUAIS FORAM AS MELHORAS?

28. QUAIS ATIVIDADES REALIZA EM SEU TEMPO LIVRE?

29. QUAIS SÃO SEUS PLANOS PARA O FUTURO?

30. É USUÁRIO DE OUTRA POLÍTICA SOCIAL?

31. SE SIM, QUAL?

32. O QUE MUDOU EM SUA VIDA DEPOIS DO TRANSTORNO?

33. O SENHOR(A) SENTE-SE DISCRIMINADO POR APRESENTAR UM TRANSTORNO PSÍQUICO?

34. SE SIM, EM QUAIS SITUAÇÕES O SENHOR(A) PERCEBE ESSA DISCRIMINAÇÃO?

35. O QUE O(A) SENHOR(A) GOSTARIA QUE MUDASSE EM SUA VIDA HOJE?

36. SER CIDADÃO PARA O SENHOR(A) SIGNIFICA?

APÊNDICE D

PESQUISA	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ
ESTADO	PARANÁ
ENTREVISTAS	COORDENADORA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

01. HÁ QUANTO TEMPO ATUA NA SAÚDE PÚBLICA?
02. HÁ QUANTO TEMPO É COORDENADOR(A) DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ?
03. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, A SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL OU ALGUM OUTRO ÓRGÃO ESTATAL OU NACIONAL OFERECIU PARA O SENHOR(A) E/OU PARA OS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS LIGADOS A SAÚDE MENTAL ALGUMA ATIVIDADE DE FORMAÇÃO DESTINADA À ATUAÇÃO NA ÁREA?
04. QUAIS AS PRINCIPAIS MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DESDE O SEU INGRESSO NA SAÚDE PÚBLICA ATÉ AGORA?
05. O QUE O SR(A) ENTENDE POR REFORMA PSIQUIÁTRICA?
06. QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ELA?
07. QUAIS SERVIÇOS, ESTRATÉGIAS E DISPOSITIVOS COMPÕEM A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DESSE MUNICÍPIO?
08. QUAIS SÃO OS OBJETIVOS BÁSICOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ?
09. EM QUE MEDIDA O SENHOR(A) ACREDITA QUE ESSES OBJETIVOS TÊM SIDO ALCANÇADOS?
10. QUAIS TÊM SIDO AS MAIORES DIFICULDADES PARA QUE OS OBJETIVOS SEJAM PLENAMENTE ALCANÇADOS?
11. O SENHOR(A) ACREDITA QUE AS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ TEM CONTRIBUÍDO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA?
12. SE SIM, COMO?
13. QUANTOS USUÁRIOS SÃO ATENDIDOS MENSALMENTE PELA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ?
14. QUANTO DE RECURSOS FINANCEIROS A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ DISPÕE PARA DESENVOLVER SUAS AÇÕES?

15. OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ ATENDEM MORADORES DE OUTROS MUNICÍPIOS?
16. SE NÃO, QUAIS SÃO OS PROCEDIMENTOS TOMADOS QUANDO MORADORES DE OUTROS MUNICÍPIOS PROCURAM POR ATENDIMENTO?
17. QUAL O GRAU DE ARTICULAÇÃO ENTRE ESTE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL E AS DEMAIS POLÍTICAS SOCIAIS DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO?
18. CASO HAJA ARTICULAÇÃO, QUAIS SÃO AS POLÍTICA ENVOLVIDAS?
19. QUAIS DIREITOS DEVEM SER GARANTIDOS AOS USUÁRIOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
20. TODOS ESSES DIREITOS TÊM SIDO GARANTIDOS POR ESSA POLÍTICA?
21. SE NÃO, QUAIS DIREITOS TÊM SIDO GARANTIDOS E O QUE PRECISA SER FEITO PARA QUE ISSO A CONTEÇA?
22. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES O SENHOR(A) ENCONTRA PARA REALIZAR O SEU TRABALHO?
23. O SENHOR(A) ACREDITA QUE EXISTEM FALHAS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ?
24. SE SIM, QUAIS AS PRINCIPAIS FALHAS E AO QUÊ SÃO ATRIBUÍDAS?
25. O QUE PODERIA SER FEITO PARA CORRIGIR ESSAS FALHAS?

APÊNDICE E

PESQUISA	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ
ESTADO	PARANÁ
ENTREVISTAS	GESTORES DOS SERVIÇOS

01. HÁ QUANTO TEMPO ATUA NA SAÚDE PÚBLICA?
02. HÁ QUANTO TEMPO É GESTOR(A) DESSE SERVIÇO?
03. QUAIS AS PRINCIPAIS MUDANÇAS QUE OCORRERAM NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DESDE O SEU INGRESSO NA SAÚDE PÚBLICA ATÉ AGORA?
04. O QUE O SR.(A) ENTENDE POR REFORMA PSIQUIÁTRICA?
05. QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ELA?
06. QUAIS SÃO OS OBJETIVOS BÁSICOS DESSE SERVIÇO?
07. EM QUE MEDIDA O SENHOR(A) ACREDITA QUE ESSES OBJETIVOS TÊM SIDO ALCANÇADOS?
08. QUAIS TÊM SIDO AS MAIORES DIFICULDADES PARA QUE OS OBJETIVOS DO SERVIÇO SEJAM PLENAMENTE ALCANÇADOS?
09. O SENHOR(A) ACREDITA QUE AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NESSE SERVIÇO TEM CONTRIBUÍDO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA?
10. SE SIM, COMO?
11. QUANTO DE RECURSO O SERVIÇO RECEBE PARA DESENVOLVER AS ATIVIDADES?
12. QUANTOS PROFISSIONAIS COMPÕEM A EQUIPE DESSE SERVIÇO?
13. QUAIS SÃO AS ESPECIALIDADES DESSES PROFISSIONAIS?
14. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, INTEGRANTES DA EQUIPE DESSE SERVIÇO PARTICIPARAM DE QUAL DESTAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO DESTINADA À ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL?
15. SE HOVE PARTICIPAÇÃO EM ALGUMA ATIVIDADE DE FORMAÇÃO, QUAIS FORAM OS PRINCIPAIS PROMOTORES DESTES EVENTOS?

16. QUAL O GRAU DE ARTICULAÇÃO ENTRE ESTE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E OS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EXISTENTES NO MUNICÍPIO?
17. CASO HAJA ARTICULAÇÃO, QUAIS SÃO OS SERVIÇOS ENVOLVIDOS?
18. QUAL O GRAU DE ARTICULAÇÃO ENTRE ESTE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL E AS DEMAIS POLÍTICAS SOCIAIS DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO?
19. CASO HAJA ARTICULAÇÃO, QUAIS SÃO AS POLÍTICA ENVOLVIDAS?
20. COMO OS USUÁRIOS CHEGAM A ESSE SERVIÇO?
21. QUANTOS USUÁRIOS SÃO ATENDIDOS MENSALMENTE?
22. SÃO ATENDIDOS MORADORES DE OUTROS MUNICÍPIOS?
23. SE NÃO, QUAIS SÃO OS PROCEDIMENTOS TOMADOS QUANDO MORADORES DE OUTROS MUNICÍPIOS PROCURAM POR ATENDIMENTO?
24. QUAL O PROJETO TERAPÊUTICO DESENVOLVIDO PELO SERVIÇO (ATIVIDADES REALIZADAS COM E PELO USUÁRIO)?
25. QUAL É O TEMPO MÉDIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO TERAPÊUTICO?
26. QUANTOS USUÁRIOS EM MÉDIA RECEBEM ALTA OU TEM O QUADRO ESTABILIZADO AO TÉRMINO DO PROJETO TERAPÊUTICO?
27. QUANTOS USUÁRIOS EM MÉDIA DESISTEM DO ATENDIMENTO ANTES DE CONCLUÍREM O PROJETO TERAPÊUTICO?
28. HÁ ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS QUE RECEBEM ALTA?
29. SE SIM, COMO SE DÁ ESSE ACOMPANHAMENTO?
30. QUAIS DIREITOS DEVEM SER GARANTIDOS AOS USUÁRIOS DESSE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL?
31. TODOS ESSES DIREITOS TÊM SIDO GARANTIDOS POR ESSE SERVIÇO?
32. SE NÃO, QUAIS DIREITOS NÃO TÊM SIDO GARANTIDOS E O QUE PRECISA SER FEITO PARA QUE ISSO ACONTEÇA?
33. QUAIS PRINCIPAIS DIFICULDADES O SENHOR(A) ENCONTRA PARA REALIZAR O SEU TRABALHO?

ANEXO

ANEXO A

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, médico 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 casos 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;

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.