

O movimento de luta antimanicomial e os desafios em contextos de crise / *The anti-asylum movement and the challenges in crisis contexts*

MIRELLA DE LUCENA MOTA¹

JORGE LUIZ DA SILVA²

JORGE LYRA³

Resumo: Este trabalho tem por objetivo refletir sobre o cenário sócio-histórico do movimento de luta antimanicomial no Brasil e sobre a noção de autonomia que envolve os sujeitos políticos deste campo. Espera-se aprofundar os estudos sobre a atuação do movimento social na construção da política de saúde mental e demonstrar alternativas possíveis aos desafios atuais. Consiste em um estudo teórico, de natureza qualitativa, em que se realizou uma revisão bibliográfica nas Bases Scielo e BVS, utilizando os descritores: saúde mental, luta antimanicomial e autonomia. Como resultado foi identificada a emergência de uma pluralidade de movimentos sociais e mobilizações políticas, que permitiram que os diversos sentidos da emancipação fossem articulados com o projeto de uma democracia radical, tornou necessário estreitar o vínculo fundamental entre uma teoria crítica da sociedade e o quadro de problemas da teoria política, voltados aos estudos da esfera pública e da sociedade civil, da democracia e do direito.

-
- 1 Graduada em Serviço Social (UFPE) com especialização em Saúde Mental (UPE). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema/UFPE).
 - 2 Graduado em Psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife (Fafire). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador do Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema/UFPE)
 - 3 Psicólogo, docente de ensino superior. Doutor em Ciências (saúde pública); Mestre em Psicologia Social. Docente dos cursos de graduação e de pós-graduação em Psicologia – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Palavras-chave: luta antimanicomial; saúde mental; autonomia.

Abstract: This paper aims to reflect on the socio-historical setting of the Anti-asylum movement in Brazil and on the notion of autonomy that involves the political subjects of this area. It is expected to deepen the study of the social movement in the construction of mental health policy and demonstrate possible alternatives to the current challenges. Consists of a theoretical and qualitative study, in which was performed a literature review on two databases, Scielo and BVS, using the key words: mental health, anti-asylum and autonomy. As a result was identified the emergence of innumerable social movements and political mobilizations, which allowed that the various meanings of emancipation were articulated with the project of a radical democracy, becoming necessary to narrow the fundamental link between a critical theory of society and political theory, problems related to the studies of the public sphere and civil society, democracy and justice.

Keywords: anti-asylum; mental health; autonomy.

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade e o sujeito tido como “louco” foi percebido de diferentes formas em cada época, mesmo antes de ser diagnosticado e “tratado” pela medicina. Pelas vias do discurso biomédico, o encarceramento do louco faz prevalecer a dominação política sobre o corpo, atendendo às necessidades econômicas da época e ditando a relação do ocidente com a loucura. No Brasil, o surgimento do capitalismo propôs que a loucura deveria ter a intervenção da medicina, assim como já acontecia na Europa. (SILVA et al., 2002).

Após anos de práticas excludentes, iniciou-se, na Itália, no século XX, um movimento de crítica às instituições psiquiátricas e suas formas de tratamento; até então não se discutia sequer a noção de cuidado. O Movimento da Luta Antimanicomial, na forma de Reforma Psiquiátrica, surge então impulsionado pelas ideias do psiquiatra Franco Basaglia (1985), enquanto um movimento social que mobilizou e ainda mobiliza diferentes setores da sociedade. No Brasil, este movimento tem firmado articulações e propostas políticas para a ampliação

do modelo de saúde mental em consonância com os princípios democráticos da saúde, que envolvem aspectos promotores de universalidade, equidade e integralidade.

No entanto, tendo em vista a conjuntura política e econômica atual do país e, especialmente, a destituição de Roberto Tykanori do cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, ocorrida sem diálogo com os movimentos da Luta Antimanicomial e de Trabalhadores de Saúde Mental, que culminou em ameaças à efetivação da política de saúde mental, faz-se necessária uma reflexão acerca das principais conquistas e dos conceitos centrais ao movimento, para que a luta seja fortalecida e os processos de Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização continuem avançando.

Assim, este trabalho tem por objetivo refletir sobre o cenário sócio-histórico do movimento de luta antimanicomial no Brasil e sobre a noção de autonomia que envolve os sujeitos políticos deste campo, sendo este conceito central ao movimento. Espera-se aprofundar os estudos sobre a atuação do movimento social na construção e operacionalização da política de saúde mental e, assim, demonstrar alternativas possíveis aos desafios atuais.

Metodologia

O presente artigo consiste em um estudo teórico, de natureza qualitativa. Partimos da discussão de conceitos como democracia, micropolítica, processos de subjetivação, ações coletivas, autonomia e liberdade, que se mostraram fundamentais ao desenho aqui desenvolvido. Após aprofundamento teórico sobre tais conceitos, percebemos que os estudos que têm como base a discussão da saúde mental, em relação à efetivação da política, revelam a importância da participação política de diferentes atores sociais, entre eles, a Luta Antimanicomial, movimento responsável pelas grandes conquistas no campo da saúde mental no Brasil. Dessa forma, faz-se necessário resgatar como tal movimento concretiza suas pautas e ações com vistas à constituição dos sujeitos políticos e à promoção da autonomia destes como proposta de reabilitação psicossocial.

Foi feita, então, uma revisão bibliográfica nas Bases Scielo e BVS, utilizando os descritores: saúde mental, luta antimanicomial e autonomia, em diferentes combinações. Escolhemos o conceito de autonomia como eixo principal de análise, pois entendemos que a emergência de uma pluralidade de movimentos sociais, mobilizações políticas e manifestações de revolta, que permitiram que os diversos sentidos da emancipação fossem articulados com o projeto de uma democracia radical, tornou necessário estreitar o vínculo fundamental entre uma teoria crítica da sociedade e o quadro de problemas da teoria política, voltados aos estudos da esfera pública e da sociedade civil, da democracia e do direito. (MELO, 2011).

Assim, foram estruturados tópicos para facilitar a compreensão da argumentação que pretendemos desenvolver, bem como possibilitar o processo de costura analítica com foco no cenário atual de desestabilidade e incerteza que enfrentamos, iniciando com um resgate sócio-histórico da Luta, que baseará as discussões subsequentes, nas quais contemplaremos os avanços, em particular os marcos legais fundamentais ao fortalecimento do movimento. Por fim, realizamos uma análise do conceito de autonomia que, apesar de central, muitas vezes se apresenta confuso e caro quando necessário traduzir-se em práticas cotidianas.

O Movimento de Luta Antimanicomial brasileiro e a negação do modelo asilar: contextualização sócio-histórica

Na década de 1960, surge o movimento chamado de antipsiquiatria, tendo como um de seus precursores o psiquiatra Franco Basaglia, na Itália, que assume a direção de um hospital psiquiátrico em Gorizia. Influenciado pelo movimento das comunidades terapêuticas, na Inglaterra, e pela Psicoterapia Institucional, na França, Basaglia vai além da crítica de uma necessidade de reorganização do hospital psiquiátrico e propõe o fechamento completo dessas instituições. (SADE, 2014).

Basaglia percebe que não é possível reformar a instituição psiquiátrica, devendo esta ser substituída por serviços comunitários. Para ele, o hospital não protege o louco, mas a sociedade. O discurso científico, em sua impotência de entender a loucura, a torna um objeto. (VERAS, 2014).

Basaglia, criador da Psiquiatria Democrática, tinha formação de base marxista, com referência principalmente nos estudos de Gramsci, e inovou ao articular fortemente seus estudos com o que se tinha de mais novo em seu tempo, tanto no que se refere às teorias quanto às novas experiências psiquiátricas. Aproximou-se da fenomenologia existencial, o que acabou por produzir um forte movimento teórico, na medida em que, ao se apropriar do dispositivo de *époché* de Husserl, Basaglia coloca a doença e suas classificações entre parêntesis para se aproximar do sujeito humano e de sua dimensão subjetiva, considerando seus aspectos sociais, econômicos e culturais, e não simplesmente biológicos. (VASCONCELOS, 2009).

Para ele, a doença mental não deveria ser negada, mas também não poderia ser o centro da atenção; deveria fazer parte do processo, não podendo se sobrepôr às relações sociais de produção e reprodução da cultura e das interconexões constituídas entre os usuários dos serviços e os profissionais que cuidam destes. Negar o transtorno mental ou tomá-lo como único componente a ter intervenções não propõe um cuidado com o sujeito, que acaba por ter sua história de vida ignorada.

Temos aqui uma passagem paradigmática operada por Basaglia, certamente inspirada em Sartre, para se acercar da singularidade representada pelos seres humanos particulares e das especificidades do ato clínico, na busca de um ato terapêutico desarmado e aberto para o novo, como constituintes fundamentais do encontro entre seres humanos singulares. Esta ruptura não implica em uma impossibilidade da crítica sócio-histórica na análise dos fenômenos da clínica, mas apenas que esta crítica tem limites e que o campo não pode ser completamente objetivado por qualquer tipo de conhecimento alheio às particularidades do campo. (VASCONCELOS, 2009, p. 8).

O movimento de críticas às instituições psiquiátricas e suas formas de tratamento, iniciado na Itália, impulsiona o surgimento de outros movimentos, em diferentes países ocidentais, baseados nos ideais da desinstitucionalização. De acordo com Rotelli e Amarante (1992), a desinstitucionalização não significou apenas desospitalização, com consequente redução das internações nos manicômios, mas sim a desconstrução do modelo hospitalocêntrico da psiquiatria no sentido mais amplo, de questionamento do paradigma asilar que exclui e segrega.

A proposta de desinstitucionalização, no bojo da discussão da Reforma Psiquiátrica, seria então o corte epistemológico que pôs em cheque a clínica psiquiátrica tradicional, tendo emergido primeiramente dos próprios psiquiatras, posteriormente apoiada por demais trabalhadores da saúde e que ganhou forças ao agregar usuários e familiares.

O movimento de Reforma Psiquiátrica, que pressupõe principalmente mudanças na organização do trabalho e na estrutura dos hospitais psiquiátricos, pelo desenvolvimento de outras culturas, de outros lugares sociais, favoreceu o surgimento da Luta Antimanicomial, movimento social que mobilizou e ainda mobiliza intersetorialmente a sociedade. Sob o slogan “por uma sociedade sem manicômios”, nos leva a questionar seriamente a atenção dispensada a pessoas em sofrimento psíquico. (SILVA et al., 2002).

Diante de tal movimento, na medida em que se questiona a doença, também se passa a questionar a clínica, a qual “deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência” (AMARANTE, 2009, p. 6). E, nesse sentido, aproximar-se do sujeito requisitava uma diferenciação no modelo de assistência. Para considerar as dimensões do humano, era necessária uma intervenção direta com o usuário no sentido de estabelecer relações de cuidado, anteriormente impensáveis. O vínculo profissional-usuário passa a ser priorizado e para tal era preciso que houvesse uma reestruturação profunda do ponto de vista da clínica e o desprendimento das instituições.

O processo de desinstitucionalização influenciou vários países pelo mundo, inclusive o Brasil, que foi palco de inúmeras discussões, encontros de trabalhadores em saúde mental e conferências de saúde, as quais deram início ao movimento de reforma no país, gerando lutas e abrindo possibilidades de se pensar na “desconstrução” do “modelo psiquiátrico asilar”, e na implantação de novos serviços substitutivos em saúde mental. Assim, começou-se a pensar na criação e implementação de novos dispositivos, leis e mecanismos, na tentativa de humanizar o tratamento, bem como na inserção das pessoas com transtornos mentais na sociedade.

Como princípio norteador da Luta Antimanicomial no Brasil está o entendimento de que a pessoa com transtorno mental deve

ser cuidada em seu território, compreendido como espaço potencial de criação da vida e da reprodução social, uma vez que é na vida cotidiana no território que se estabelecem as relações familiares e sociais dos sujeitos. (GONDIM et al., 2008). Portanto, deve-se pensar a pessoa com transtorno na qualidade de ser social, que é capaz de exercer sua cidadania, sendo necessário lutar pela garantia de sua autonomia e liberdade.

Para a operacionalização de um modelo de atenção que pudesse ser capaz de proporcionar a inserção comunitária dos usuários de saúde mental, surge então o campo da atenção psicossocial que, em sua complexidade, convoca aos profissionais de saúde mental intervenções e práticas integrais que contemplem diversas dimensões do mundo da vida, dimensões sociais e que produzem o sofrimento humano; assim, a questão social deve passar a ser percebida e potencializada nas práticas de cuidado da saúde mental. (ROSA; CAMPOS, 2013).

No modelo asilar, não era permitido ao sujeito louco questionar ou buscar este sentido de potência, uma vez que o mesmo, preso em instituições, ficava limitado em sua própria existência, à condição de doente mental. Ainda hoje, com a progressiva implementação do processo de desinstitucionalização e o deslocamento do cuidado em saúde mental no âmbito do território, a pessoa com transtorno mental sofre com os resquícios do paradigma biomédico.

Segundo Amadeu Gonçalves (2004), o paradigma biomédico detém sua atenção sobre a explicação da doença com fins exclusivos ao alcance da cura. Remete-se, assim, à noção de doença como uma entidade natural, o que, na saúde mental, traduz-se na visão individualista do sofrimento, que ignora os determinantes sociais e culturais envolvidos no processo de adoecimento. Tal paradigma transforma-se em um modelo de cuidado que interfere na prática de profissionais de saúde e reduzem suas atenções ao “órgão”, à doença, ignorando seus aspectos subjetivos, isolando-a como se a mesma estivesse fora do organismo e não recebesse influências do contexto pessoal, familiar e social no qual o sujeito vive.

A fim de quebrar essa lógica, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), como dispositivos estratégicos, de base territorial, para o cuidado em saúde mental, substitutivos aos hospitais

psiquiátricos. Preconiza-se que no Caps o tratamento oferecido siga a lógica da Clínica Ampliada, ideal que concebe a não fragmentação da pessoa humana e sua subjetividade e prioriza o cuidado integral em saúde, não cronificador.

No entanto, a conquista de uma rede de atenção, articulada de forma interssetorial e composta por serviços de base comunitária como o Caps, vem sofrendo com o avanço da contrarreforma do Estado nas políticas de saúde, na máxima do modelo neoliberal como um conjunto ideológico difundido a fim de legitimar a estratégia do grande capital de “superar” os entraves sociopolíticos conquistados historicamente pelas lutas da classe trabalhadora. (NETTO; BRAZ, 2007).

A Política de Saúde Mental diante da contrarreforma do Estado na saúde: desafios para a luta antimanicomial

No campo da saúde mental, em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs um projeto de lei regulamentando os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicando a extinção e substituição progressiva dos manicômios públicos e privados por outros recursos de atendimento (AMARANTE, 2010). Apenas em 2001 este projeto foi aprovado e, após diversas modificações, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2001).

Apesar de ter sido deformada de sua proposta original, a Lei nº 10.216 representa um grande avanço no processo de desinstitucionalização e da Luta Antimanicomial, tornando legal, em âmbito nacional, diversas ações pensadas e, na medida do possível, operacionalizadas no sentido de transformar a oferta de cuidado às pessoas com transtornos mentais, reafirmando o interesse exclusivo no bem-estar delas, reforçando o papel da família e da comunidade no processo de reabilitação, atribuindo também importância à inserção por meio do trabalho, incentivando as iniciativas em economia solidária, por exemplo.

Marcando uma diferença radical com a lógica, e com a prática anteriormente estabelecidas a Lei nº 10.216/01 torna diretriz nacional a finalidade do tratamento psiquiátrico ser a reinserção social e comu-

nitária da pessoa com transtorno, a fim de evitar os abandonos e as longas internações em hospitais psiquiátricos. Em função de um reconhecimento da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, a lei também preconiza que o tratamento seja conduzido da maneira menos invasiva possível e livre de abusos. Discute ainda as formas de internação, abrindo discussões sobre voluntariedade e autonomia.

Outro grande ganho, no que diz respeito ao reconhecimento cidadão e à autonomia de pessoas com transtornos mentais, foi a aprovação da Lei Federal nº 10.708/03, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial e o Programa de Volta pra Casa, atendendo ao disposto na Lei nº 10.216 que determina que pessoas longamente internadas ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, tendo também caráter indenizatório aos sujeitos que foram privados por tanto tempo de seus direitos primários de cidadania. (BRASIL, 2003).

Ainda no sentido de promoção de autonomia, aprovou-se a Portaria Ministerial 106, que estabeleceu os Serviços Residenciais Terapêuticos, casas destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Estes dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Atualmente existem mais de 470 serviços em operação por todo país, beneficiando aproximadamente 2.300 pessoas, de acordo com dados obtidos no site do Centro Cultural Ministério da Saúde.

Além disso, a atual política de saúde mental pressupõe o pacto e o estabelecimento de redes municipais de atenção, no modelo da Rede

de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria nº 3.088/2013, para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Raps é constituída por componentes como: Unidade Básica de Saúde; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Samu; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos. (BRASIL, 2011).

De acordo com Bezerra e Dimenstein (2008), a articulação dos serviços para a atenção em saúde mental deve permitir o uso e a potencialização de recursos da comunidade. Assim, mesmo que exista uma rede articulada de serviços já designados para tal tarefa, será possível a criação de espaços no território que incluam as pessoas com transtornos mentais.

Apesar das diversas conquistas alcançadas, ao menos no âmbito jurídico, Vasconcelos (2012) aponta alguns desafios que se fazem presentes ao movimento da Luta Antimanicomial brasileira no que diz respeito à conjuntura de crise mundial e de políticas econômicas que influenciam diretamente nas bandeiras de luta dos movimentos sociais em defesa das políticas sociais. Para o autor, são características do movimento, diante desse cenário: a) o enfoque na formação clínica e assistencial de profissionais que acabam por agir em consonância com um viés voluntarista, pelo fato de não serem incitados a avaliarem as políticas e as condições estabelecidas pelos distintos níveis de gestão; b) uma dependência do espaço político e institucional em referência aos espaços de gestão, como, por exemplo, as coordenações de saúde mental, especialmente no âmbito do governo federal; c) a fragilidade do movimento da Luta devido ao distanciamento que se tem com as pautas mais ampliadas do movimento sanitário; d) a redução da militância à ação local, em detrimento da organização política nacional.

Tais aspectos, elencados por Vasconcelos (2012) em relação ao movimento da Luta Antimanicomial, dizem respeito e se conectam diretamente com outros desafios postos no campo da saúde mental atualmente e que também são produtos do avanço da privatização do SUS, em suas variadas formas. A política de saúde brasileira é uma política social que, dentro da lógica neoliberal, tem sofrido impacto das crises do capitalismo. A implementação do SUS foi dificultada diante

do apoio do Estado ao setor privado, havendo uma concentração dos recursos de saúde em regiões mais desenvolvidas. O SUS aumentou o acesso aos cuidados à saúde a uma grande parte da população brasileira, em uma época em que o sistema estava sendo privatizado progressivamente. (PAIM et al., 2011).

Conforme Santos (2010), em certa medida, o SUS acabou sendo uma modernização do antigo modelo de assistência, e não uma nova estratégia para a saúde. Ou seja, ampliou-se o atendimento para toda a população, não sendo mais a saúde exclusiva das classes trabalhadoras, mas a ideia da privatização da saúde continuou existindo.

As políticas de saúde no Brasil acabaram por estimular e promover o setor privado, estando elas vinculadas aos interesses dos grandes empresários e dos setores industriais. A demanda por planos e seguros de saúde partem, em sua maioria, de trabalhadores de empresas que oferecem estes benefícios a seus funcionários. Desta maneira, como o Estado apoia a expansão do serviço privado, o subsetor público acaba por ficar subfinanciado, havendo comprometimento na oferta de seus serviços. (PAIM et al., 2011)

Há que se considerar as características do modelo capitalista neoliberal de práticas de focalização, subfinanciamento e sucateamento das políticas sociais, desvalorização da força de trabalho, com profissionais atuando em situações de frágeis vínculos empregatícios, além de um contexto de restrição de direitos e precarização dos serviços públicos, aumento recorrente de situações de violência, desigualdade social, pobreza e problemas ocasionados devido ao uso de drogas. Todas estas condições de sofrimento trazem implicações diretas à saúde mental da população. Sendo os trabalhadores da saúde mental também atingidos pela lógica que prega a competitividade e a hierarquização das relações, o saber biomédico procura se fortalecer, resultando em vastas lutas corporativas, na contramão da perspectiva interdisciplinar preconizada pelo cuidado em saúde. (VASCONCELOS, 2010).

Diante deste cenário caótico, a participação política e o exercício do controle social são ameaçados, e, ainda segundo Vasconcelos (2010), por falta de vontade política, de busca por recursos e do estabelecimento de financiamentos regulares, a abertura de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Caps 24h e os Centros de Convi-

vência, que acelerariam o processo de desinstitucionalização no país, são deixadas de lado, em impasses que parecem não ter fim.

Neste sentido, é importante refletir também sobre a participação política dos atores que defendem as garantias dos direitos e pautam novas lutas no âmbito da política de saúde mental, em especial os usuários dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Pois, apesar da reforma psiquiátrica ter como principal proposição a criação de um espaço social onde a pessoa com transtorno mental seja protagonista, autônoma, e que sua singularidade seja central no processo de cuidado, Ana Paula de Andrade e Sônia Maluf (2015) consideram possível perceber situações em que esse protagonismo é impossibilitado pelas estratégias de manutenção de um saber/poder institucional, sendo, neste caso, o saber médico.

Assim sendo, Santos (2009) e Andrade (2010) pensam que um grande desafio a ser enfrentado pela Luta Antimanicomial consiste em incorporar sem sujeitar, silenciar e invisibilizar ainda mais a pessoa nas políticas públicas desenvolvidas na área da saúde mental, estabelecendo um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem racional naturalizada.

Promoção de autonomia com vistas a uma proposta verdadeiramente antimanicomial

Após ter adquirido centralidade no discurso da reforma psiquiátrica, por ter sido reconhecida a importância de seu exercício para a construção da subjetividade e para a manutenção e recuperação da sanidade mental, de acordo com Maria Lucia Bosi e colaboradoras (2014), o conceito de autonomia passou a ser entendido e utilizado de diversas maneiras, por diversos saberes que se aproximam do campo da saúde mental.

O problema dos conceitos de autonomia, produzidos em um contexto de efervescência política quanto à questão dos direitos das pessoas com transtorno mental, é que pressupõem o sujeito da experiência da loucura como sendo universal, a-histórico e apolítico, e não compreende a loucura em todas as suas dimensões e variações, e ignora completamente outros marcadores sociais. Além disso, de acordo com

Marciana Zambillo e Analice Palombini (2015), o conceito é apresentado de maneira muito imprecisa e, frequentemente, atribui a outrem a capacidade de julgar o que seria suficiente, em termos de liberdade e entendimento, para conceder ao outro autonomia.

Outra problemática de pensar autonomia dessa maneira é a noção de sujeito ocultamente pressuposta, o autêntico sujeito autônomo, como aquele que é livre de todo e qualquer condicionamento ou manipulação, como se, por exemplo, as mulheres e os homens sem transtorno mental fossem imunes a forças sociais coercitivas, e suas escolhas de vida não sofressem influência desses dispositivos, como traz Christine Di Stefano (1996):

Para ser autónoma o auténtica una persona debería ser fuerte, independiente, racional, coherente o consistente, capaz de distinguir con claridad aquellos aspectos del propio yo prévio que proceden del condicionamiento derivado del dominio, para, a continuación, rechazarlos. Si una persona es ambivalente, se siente incierta o llena de conflictos, confusa, o simplemente incapaz de rechazos globales, puede ser acusada, bien por si misma bien por los demás, de mala, falta de coraje ou de falta de autonomia. (GRIMSHAW, 1989, apud STEFANO, 1996, op. cit., p. 65).

Se partirmos de um pressuposto que a experiência de sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação de valores e normas de uma determinada sociedade e época, aquilo que parece ser extremamente individual, como a vivência de um conjunto de angústias e mal-estares subjetivos, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social.

Para Flávia Biroli (2013), a subjetivação pode resultar de formas de opressão que mobilizam e naturalizam valores que, mesmo sendo desvantajosos e colocando os indivíduos em posições de subordinação, estão nas bases de sua constituição, de como percebem seus interesses e elaboram suas preferências.

Sendo assim, nos conceitos estabelecidos e validados de autonomia na sociedade contemporânea, cabe questionar se o exercício da autonomia, como compreendem os textos do campo da saúde mental, teóricos e políticos, é realmente possível para pessoas com aflições

psíquicas. Em um reexame dos conceitos percebe-se o uso de expressões como “agir livremente”, “seguir um plano próprio”, “livre de coações internas e externas”, e como traz Almeida (2010), o conceito de autonomia, no campo da saúde mental, está recoberto de sentidos imprecisos e indecifráveis.

Diante do exposto, a liberdade, centralizada nos conceitos de autonomia, parece passível de interrogações, uma vez que não é enquanto corpo apenas, mas enquanto corpo submetido a tabus e leis que o sujeito toma consciência de si e se realiza. É em nome de certos valores que ele se valoriza. Ou seja, há diferenças de marcadores sociais nas subjetivações que não podem ser ignorados, e pressupostos em conceitos teóricos que, pela localização histórica e política de sua fábrica, excluem despropositadamente grupos de sujeitos. Autonomia, como é trabalhada em alguns contextos do campo abordado, exige que a pessoa com transtorno mental se aproprie de um conhecimento, uma vez que é estritamente relacionado com a capacidade de exercer autocuidado, especialmente por meio da gestão autônoma da medicação, que precisa ser ensinado por um outro melhor capacitado a ser autônomo. (ZAMBILLO; PALOMBINI, 2015).

O desafio a ser enfrentado pela ciência e pela sociedade contemporânea consiste em incorporar aqueles que, apenas por divergirem do ideal dominante já explicitado, são destituídos da sua condição de sujeito. Como diz Santos (2009, p. 1181): “Incorporar, no entanto, não significa sujeitar, silenciar e pôr ordem na desordem”. Quer dizer, sobretudo, que as políticas públicas, a serem desenvolvidas especialmente na área da saúde mental, considerem as relações sociais e, desta forma, estabeleça-se um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem naturalizada.

Considerações finais

A dimensão política deve ser parte integrante da desconstrução/construção das práticas em saúde mental. Se quisermos que o processo de Luta Antimanicomial se edifique e se efetive pela prática da não exclusão, nos marcos da desinstitucionalização e, mais ainda, no reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos e deveres, é preciso propor um projeto que analise como se determina

a correlação de forças nos serviços alternativos de saúde mental e quais necessidades estratégicas acompanham o processo de Reforma Psiquiátrica. (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003).

Parte do projeto de renovação dos modelos críticos implica não pensar mais os movimentos por emancipação a partir do conceito de totalidade, posto que a autodeterminação política é conquistada apenas no interior de um processo de circulação do poder em que se luta pela integridade da autonomia das formas de vida. A emancipação da pessoa que sofre e o reconhecimento desta como sujeito de direitos e deveres possibilitará que a reforma psiquiátrica se efetive como uma prática de transformação social e não como um mero instrumento estratégico utilizado pelos trabalhadores de saúde mental. (MELO, 2011).

O movimento da Luta Antimanicomial concebe a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito político e desejante, que participa politicamente e constrói projetos, sujeito capaz de se inserir na sociedade e no mundo do trabalho, caminhando para uma proposta cada vez mais autônoma e protagonista e cada vez menos manicomial.

Em uma perspectiva de inclusão social por meio do trabalho, a economia solidária, desde suas primeiras experiências de cooperativa e oficinas de geração de renda e trabalho a usuários de serviços de saúde mental há mais de dez anos, como a cooperativa da Retratar em Brasília, tem mostrado excelentes resultados. De acordo com pesquisas recentes, como a de Filizola (2012), em Pernambuco já existem trabalhadores com transtorno mental cadastrados na Rede de Saúde Mental e Economia Solidária, que tem promovido feiras solidárias para a exposição e comercialização de produtos por eles produzidos.

No entanto, é preciso contemporizar a precariedade ainda existente no campo das políticas públicas de saúde mental e de trabalho, no âmbito da economia solidária, e, em especial, ao direito dos sujeitos da experiência da loucura de trabalhar de maneira coletiva, a partir da autogestão. Atualmente, a condição de inclusão social pelo trabalho destes é regida pela Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, que regulamenta o funcionamento das cooperativas sociais como modalidade de trabalho dos que estão em situação de desvantagem social, caracterizando-o como um trabalho assistido em que a autonomia do trabalhador é mediada pela assistência que lhe é oferecida pelo Estado.

O conceito de trabalho emancipado (cooperativo, solidário e autogestionário) é caracterizado por uma perspectiva ontológica do trabalho, pela qual se pretende superar sua condição de mera garantia da sobrevivência material, retomando sua condição de satisfazer as necessidades humanas de vida, comunidade, reciprocidade e solidariedade. Esta é a concepção de trabalho que pode contribuir para a articulação entre a saúde mental e a economia solidária, produzindo uma necessária reflexão e mudança sobre as concepções de trabalho terapêutico, trabalho assistido e trabalho protegido, ainda vigentes nos dispositivos de saúde mental no Brasil. (ARRUDA, 2003).

Por fim, faz-se necessário também um saber mais sistematizado sobre educação em saúde, vislumbrando práticas que incluam o sujeito político da saúde mental no processo enquanto ator social, reflexivo e instrumentalizado com seu saber, para contribuir no processo de mudança social. É preciso retirar essa coberta que envolve a loucura e descobrir o potencial do sujeito, pensando o adoecimento psíquico como uma solução particular que o indivíduo arranjou para subjetivar-se nesse mundo, nessa cultura, descolando definitivamente da noção de déficit que incentiva e sustenta uma postura caritativa, em um paradigma que situa o louco na posição de desventurado. (AMARANTE, 1995).

Referências

- ALMEIDA, E. H. R. de. Dignidade, autonomia do paciente de doença mental. **Bioética**, v. 18, n. 2, p. 381-395, 2010.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- _____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, jan.-abr./2009.
- ANDRADE, A. P. M. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Orgs.) **Gênero, saúde e aflição: abordagem antropológica**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. In: GUANAES-LORENZI, C. et al. (Orgs.) **Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional**. Florianópolis: Bosque, 2015.

AREJANO, C. B.; PADILHA, M. I. C. S.; ALBUQUERQUE, G. L. Reforma Psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 5, n. 56, p. 549-54, 2003.

ARRUDA, M. Trabalho emancipado. In: Cattani, A. D. (Org.). **A outra economia**. Porto Alegre: Veraz, 2003.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIROLI, F. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista. **Estudos Feministas**, v. 21, n. 1, p. 81-105, 2013.

BOSI, M. L. M. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 126-135, 2014.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. D.O.U. Brasília-DF, 2001.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. D.O.U. Brasília, DF, 2003.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. D.O.U. Brasília-DF, 2011.

FILIZOLA, C. L. A.; TEIXEIRA, I. M. C.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 45 (2), p. 418-25, 2012.

GONÇALVES, A. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. **Milennium**, v. 30, p. 159-171, 2004.

GONDIM, G. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**, v. 1, p. 237-256, 2008.

MELO, R. Teoria crítica e os sentidos da emancipação. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 24, n. 62, p. 249-262, ago./2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília-DF, 2004.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica, v. 6, São Paulo: Cortez 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil 1. The Lancet*, v. 377, p. 11-31, 2011.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: Caps, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, p. 311-331, 2013.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SADE, R. M. S. **Portas abertas**: do manicômio ao território. Entrevistas tries-
tinas. Marília: Oficina Universitária/São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SANTOS, A. M. C. C. dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1.177-1.182, 2009.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SILVA, A. T.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36(1), p. 4-9, 2002.

STEFANO, C. D. Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo. In: CASTELLS, C. **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996.

VASCONCELOS, E. M. Crise Mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan.-jun./2012.

_____. (Org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan.-abr./2009.

VERAS, M. **A loucura entre nós**. 2 ed. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. de L. O conceito de autonomia e seus usos possíveis na saúde mental. In: GUANAES, C. et al. (Orgs.) **Psicologia social e saúde**: da dimensão cultural à político-institucional. Florianópolis: Bosque, 2015.