UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JONATHAN GONÇALVES FILIPPON

Democracia e conquista:
saúde mental como política pública

Ribeirão Preto
- 2009 -

JONATHAN GONÇALVES FILIPPON

Democracia e conquista:
saúde mental como política pública

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Prof. Dra. Toyoko Saeki

Ribeirão Preto
- 2009 –

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Filippon, Jonathan G.
Democracia e Conquista: Saúde Mental como Política Pública. Ribeirão Preto, 2009.
120p. il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Saeki, Toyoko.

1.Democracia; 2.Saúde Mental; 3.Políticas Públicas.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jonathan Gonçalves Filippon

Democracia e conquista: saúde mental como política pública

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento._____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento._____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento._____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Julgamento._____ Assinatura:_____

Dedico este trabalho à memória do
Prof. Oscar Balarine, pelos breves,
porém sempre presentes,
ensinamentos em minha biografia.

AGRADECIMENTOS

Há tanto e tantos a agradecer. O encontro político, portanto humano, que a escolha do caminho, feita ainda no ano de 2007, proporcionou, formou/deformou/reconstruiu o humano autor deste trabalho. Foram quase três anos desde a escolha de abandonar a estabilidade do emprego público, retornar ao ser estudante, cambiar de cidade e de vida, até o presente momento que marca a finalização desta etapa. Não sou mais o mesmo, minha vida não é mais a mesma, minhas escolhas, felizmente, ainda estão sendo talhadas ao longo do caminho. É hora de enumerar as pessoas que fizeram e fazem parte desta história, algumas ainda próximas, outras distantes cronológica ou fisicamente.

Uma pessoa em especial iniciou esta trilha comigo e, contrariando regras institucionais, de reconhecimento social e profissional, acompanhou-me até este momento, sendo uma figura essencial na execução deste trabalho. Agradeço sinceramente à Luciane Kantorski, pela paciência, pelo profissionalismo, pela acolhida, pelas saudáveis discussões teóricas e, fundamentalmente, pelo que não se compra, não se fornece, não se vende: o conhecimento. Obrigado por ser professora na essência do termo e partilhar da sua experiência comigo.

Agradeço à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, minha eterna casa de retorno e acolhimento, especialmente ao corpo docente de saúde mental, aos professores Jacó, Elizeth e Adriana, à professora Agnes, pelas “conversas de corredor” que em muito me auxiliaram no retorno a Porto Alegre, ao professor Baltazar, pelo carinho a mim sempre dispensado, ao professor Vanderlei Carraro, o primeiro mestre, que muito me ensinou no início da vida acadêmica. Finalmente, meu agradecimento à professora Christine Wetzel, pelas sugestões e “empurrões” iniciais. Sem a sua presença, nada disso teria ocorrido. Muitas pessoas margeiam nossa existência, algumas alteram diretamente o curso do rio da vida. Obrigado.

A vida em Ribeirão Preto foi intensa, desconstrutora e concomitantemente edificante. Agradeço à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas oportunidades e estrutura oferecidos para a realização desta etapa da minha formação, ao amigo Guilherme, de Botucatu, que desde os primeiros dias foi companheiro das horas fáceis e difíceis na distância, à Nunila, Carol Garla, Jana, Aline, Anderson, Jaque, Gabi Colgate, Aragão, Cris, Cintia, Marcinha, Pedro, Eliane

e tantos outros colegas que trilharam comigo este caminho. Obrigado a todos os alunos do curso de graduação desta escola pela acolhida, desde o estágio em docência até os disputados jogos de futebol – AVANTE ENF! Um agradecimento muito especial aos professores Pedro, Tite e à inesquecível professora Cecília Puntel (*in memorian*), de quem tive a honra de ser aluno, educadores que tanto acrescentaram na ampliação dos meus horizontes em temas fundamentais deste trabalho como a política pública, a democracia e o próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro. Obrigado a todos os amigos que fiz nesta caminhada e que, felizmente, por serem inúmeros, não caberiam neste espaço normatizado, à simpatia da professora Toyoko Saeki em acolher anseios, dirimir dúvidas e pelo ensinamento de encarar com bom humor os entraves do sistema burocrático da universidade e pelos convites desafiadores de participação na orientação aos alunos do primeiro ano do bacharelado, à professora Maria Cristina pelos “mergulhos teóricos" em outras águas, salutarmente fora dos mares conhecidos.

A implicação política também pode ser um encontro humano de valores comuns e, porque não, encarados de forma divertida, fazendo germinar amizades e companheirismo. Somos formados no olhar do outro. Agradeço ao verdadeiro significado da amizade, ensinado a mim pelos amigos do agora constituído Núcleo do CEBES, de Ribeirão Preto e região: Dario, Julia, Tânia, Zé Marcelo, Carla, Gabriel, Guilherme e família (valeu a acolhida *hermano*!), Codi, Lara e sua churrasqueira sem fumaça, Nati, Alcimar e Karen. Obrigado a todos da família Cebes. Um pequeno agradecimento às cachoeiras de Delfinópolis/MG, nosso local de “astralização” nas horas difíceis.

À Gabriela, pelo carinho, pelo companheirismo e pelas inéditas perspectivas a novos voos ainda maiores que estes, obrigado.

Por fim, agradeço à base constitutiva de mim – biológica e afetivamente, o esforço de duas existências inteiras voltadas para os filhos, encarando de forma corajosa tudo o que esta responsabilidade, quando assumida como projeto de vida, acarreta. Mariza e Paulo, não há palavras para descrever o significado de vocês – obrigado pelo sentido de existir. Ao outro fruto desta relação, minha irmã Paula, obrigado pelo amor incondicional.

(...) *e com o bucho mais cheio eu comecei a pensar*
Que eu me organizando posso desorganizar
Que eu desorganizando posso me organizar (...)

Chico Science

RESUMO

FILIPPON, Jonathan Gonçalves. **Democracia e conquista: saúde mental como política pública.** 2009. Dissertação (mestrado em enfermagem psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 120p.

O movimento de reforma psiquiátrica brasileiro é parte integrante da construção da democracia no país. A promulgação da Constituição Brasileira no ano de 1988 inscreve na forma de lei o movimento político de descentralização democrática e financeira em direção aos municípios da federação. Este trabalho revela as conseqüências da redemocratização do país em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul somadas às características ideológicas do movimento social de reforma psiquiátrica. A presente pesquisa é de cunho qualitativo e tem como objetivo analisar o processo democrático de construção, implantação e a aplicabilidade da lei municipal de saúde mental de Alegrete no estado do Rio Grande do Sul frente às contradições do processo social de reforma psiquiátrica brasileiro. Justifica-se este estudo pela comprovação da necessidade da legislação reformista de saúde mental. Inicialmente o embasamento teórico do estudo realiza a construção de três pressupostos básicos para o entendimento do problema de pesquisa, divididos entre três áreas teóricas distintas: a construção social da loucura e de seu território; cidadania e construção democrática e finalmente a reforma psiquiátrica brasileira. Os dados coletados são oriundos de entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários de alguma forma envolvidos com a política de saúde mental do município; de observações registradas em diário de campo totalizando 18 horas divididas em 6 turnos alternados; da análise de documentos relevantes ao tema. Foram entrevistados 2 gestores municipais, 5 trabalhadores de saúde mental e 2 usuários do serviço; utilizou-se o método de entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Para a análise dos dados a metodologia foi de triangulação dos métodos de coleta – entrevistas, observação e análise documental. O período histórico definido para o estudo inicia no ano de 1989 e finda-se no ano de 2009. Através do materialismo histórico e dialético o estudo avalia a construção da legislação municipal de saúde mental e suas conseqüências, dividindo o período estudado em duas etapas: do ano de 1989 a 1996 (promulgação da legislação municipal) e de 1996 a 2009. Chegou-se à conclusão de que a legislação reformista de saúde mental é necessária enquanto garantia legal de direitos, porém, a mesma possui sentido apenas se agregada à história que a produziu. É preciso aproximar-se da condição humana inerente às produções sociais para reproduzir nos novos trabalhadores de saúde o sentido da existência de movimentos sociais como a reforma psiquiátrica.

1.Democracia 2. Saúde Mental 3. Políticas Públicas

ABSTRACT

FILLIPON, Jonathan Gonçalves. **Democracy and conquest: mental health as a public policy**. 2009. Dissertation (master's degree in psychiatric nursing) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 120p.

The Brazilian psychiatric reform movement is part of the construction of Brazil's democracy. The Brazilian's constitution publication in 1988 subscribes, in the form of law, the politic action of democratic decentralization and financial towards the nation's counties. This dissertation reveals the country's redemocratization consequences in a city located on the countryside of Rio Grande do Sul state summed to the ideological characteristics of the social movement of psychiatric reform. This research has a qualitative approach and its purpose is to analyze the democratic process of construction, implementation and the applicability of Alegrete´s municipal law of mental health facing the contradictions of the social process in Brazil's psychiatric reform. This study is justified by the need of a reform on the mental health law. Initially the theoretical basement of this study performs the construction of three basic assumptions for the complete understanding of the research problem, divided in three theoretical areas: the social construction of madness and its territory; citizenship and democratic construction and finally the Brazilian psychiatric reform. The researched data came from interviews with managers, health workers and users somehow involved with the county's policy of mental health; from observations registered on a journal adding up to 18 hours divided in 6 alternate shifts; from the analysis of relevant documents to the theme. It was interviewed 2 municipal managers, 5 mental health workers and 2 users of the service; it was used the semi structured interview method for the data collection. For the data analysis the methodology was the triangulation of the collection methods – interviews, observation and document analysis. The historical period defined for the study begins in 1989 and ends in 2009. Through the historical and dialectical materialism, the study evaluates the construction of the mental health municipal law and its consequences, dividing the analyzed period in two parts: from the year 1989 until 1996 (publication of the municipal law) and from 1996 until 2009. We have reached the conclusion that the mental health reform is necessary as a legal warrantee of rights; however, it only has meaning if summed to the history that has produced it. It is a must to approach the inherent human condition to the social production to reproduce on the new health workers the meaning of existence of social movements such as the psychiatric reform.

1. Democracy 2.Mental Health 3. Public Policies

RESUMEN

FILIPPON, Jonathan Gonçalves. **Democracia y conquista: salud mental como política pública**. 2009. Disertación (maestría en enfermería siquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. 120p.

El movimiento de la reforma siquiátrica brasileña es parte integrante de la construcción de la democracia en el país. La promulgación de la Constitución Brasileña en 1988 inscribe en forma de ley el movimiento político de descentralización democrática y financiera en dirección a los municipios de la federación. Este trabajo revela las consecuencias de la redemocratización del país en un municipio del interior del Estado de Rio Grande do Sul sumadas a las características ideológicas del movimiento social de reforma siquiátrica. La presente investigación es de cuño cualitativo y tiene como objetivo analizar el proceso democrático de construcción, implantación y la aplicabilidad de la ley municipal de salud mental de Alegrete en el Estado de Rio Grande do Sul frente a las contradicciones del proceso social de reforma siquiátrica brasileño. Se justifica este estudio por la comprobación de la necesidad de la legislación reformista de salud mental. Inicialmente la base teorética del estudio realiza la construcción de tres presupuestos básicos para el entendimiento del problema de la investigación, divididos entre tres áreas teoréticas distintas: la construcción social de la locura y de su territorio; la ciudadanía y la construcción democrática y finalmente la reforma siquiátrica brasileña. Los datos compilados son oriundos de entrevistas con gestores, trabajadores y usuarios de alguna forma relacionados con la política de salud mental del municipio; de observaciones registradas en diario de campo totalizando 18 horas divididas en 6 turnos alternados; del análisis de documentos relevantes al tema. Fueron entrevistados 2 gestores municipales, 5 trabajadores de salud mental y 2 usuarios del servicio; se utilizó el método de entrevista semiestructurada para la compilación de datos. Para el análisis de los datos la metodología fue de triangulación de los métodos de compilación –entrevistas, observación y análisis documental. El período histórico definido para el estudio inicia en el año de 1989 y termina en el año 2009. Por medio del materialismo histórico y dialéctico el estudio evalúa la construcción de la legislación municipal de salud mental y sus consecuencias, dividiendo el período estudiado en dos etapas: del año de 1989 a 1996 (promulgación de la legislación municipal) y de 1996 a 2009. Se llegó a la conclusión de que la legislación reformista de salud mental es necesaria como garantía legal de derechos, sin embargo, la misma posee sentido apenas si agregada a la historia que la produjo. Es necesario aproximarse a la condición humana inherente a las producciones sociales para reproducir en los nuevos trabajadores de salud el sentido de la existencia de movimientos sociales como la reforma siquiátrica.

1.Democracia 2. Salud Mental 3. Políticas Públicas

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA E A BIOGRAFIA.....11
2. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....14
2.1 A construção social da loucura e de seu território.....16
2.2 Cidadania e construção democrática.....21
2.3 A reforma psiquiátrica brasileira.....36
3. OBJETIVOS.....45
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....46
4.1 Caracterização do estudo.....46
4.2 Local do estudo.....48
4.3 Aspectos éticos.....49
4.4 Coleta de dados.....50
4.5 Análise dos dados.....53
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....55
5.1 O processo democrático.....57
5.1.1 O processo democrático e a lei municipal de saúde mental de Alegrete.....57
5.1.2 O cenário alegretense, a busca pela fertilidade democrática....62
5.1.3 A construção político-partidária.....69
5.1.4 E lei se fez!.....73
5.1.5 A importância do sujeito, sua subjetividade e a construção de valores pessoais comuns.....75
5.2 A implementação.....84
5.2.1 Os processos transformadores.....84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....97
7. REFERÊNCIAS.....104
ANEXOS.....114
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....115
Anexo B – ROTEIRO ENTREVISTA USUÁRIO.....116
Anexo C – ROTEIRO ENTREVISTA TRABALHADOR EM SAÚDE.....117
Anexo D – ROTEIRO ENTREVISTA GESTOR DA ÉPOCA.....118
Anexo E – ROTEIRO ENTREVISTA GESTOR ATUAL.....119
Anexo F – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....120

1. CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA E A BIOGRAFIA

A reforma psiquiátrica brasileira foi, e ainda é, construída por inúmeras biografias, histórias da vida de pessoas que, no decorrer do processo, inverteram, subverteram e vivenciaram papéis sociais em todas as esferas da sociedade brasileira. O resultado da soma dessas biografias, em sua forma coletiva, retrata a sociedade brasileira, seus componentes e papéis instituídos ou construídos, a saber: civis e governantes, militares e militantes, usuários e cuidadores, filhos e pais, enfim, pessoas.

Minha biografia insere-se no contexto da reforma psiquiátrica, a partir da vivência como acadêmico, estagiário de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro, manicômio centenário, hoje cercado pela urbanização da cidade de Porto Alegre. Foram dois anos de convivência com profissionais, alunos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com os profissionais das unidades de internação, denominadas por estes de *unidades de agudos*[1], e, principalmente, de convivência com as pessoas que ali foram internadas, através do Sistema Único de Saúde (SUS), por conta de seu sofrimento psíquico. Durante o período de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tive a oportunidade de conviver também com os profissionais e usuários do serviço de emergência psiquiátrica do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, referência para o atendimento de emergência e urgência em saúde mental do município de Porto Alegre, único local da saúde municipal que realiza este tipo de atendimento de urgência e emergência na capital gaúcha. Finalizando a minha experiência acadêmica, participei dos grupos de atendimento em saúde mental do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre realizando, em conjunto com as atividades dos grupos, os atendimentos individuais em regime de consulta de enfermagem.

Até o término da minha experiência acadêmica, finda no ano de 2004, a reforma psiquiátrica permanecia como um conceito distante do campo da atuação prática, não sendo vivenciada durante a graduação além das exposições teóricas em sala de aula nas disciplinas de saúde mental. Apesar da opção pelo estágio remunerado em saúde mental, durante o período de graduação, em nenhum

---

[1] As pessoas lá internadas apresentam um quadro grave de sofrimento psíquico que caracterizou a *necessidade* da internação hospitalar.

momento pude relacionar saúde mental e atenção básica, ou reforma psiquiátrica e reforma sanitária, ou ainda saúde mental como uma ação em saúde a ser desenvolvida junto à atenção básica do SUS.

O ambiente acadêmico é distante e ainda incipiente na inserção de seus alunos no ambiente da saúde pública, no ambiente do exercício da cidadania e no entendimento da mesma (CAMPOS, 2007).

Como estudante, fiz parte do Diretório Acadêmico dos Estudantes do curso de Enfermagem (DAEE) ao longo de todo o período de quatro anos da graduação e, em dois deles, fui membro do Diretório Central de Estudantes da UFRGS (DCE UFRGS). A trajetória percorrida permitiu concluir que a distância entre o ambiente acadêmico e o SUS é imensa pois, mesmo sendo parte integrante de alguns dos maiores movimentos de participação político-acadêmica do curso de Enfermagem, não foi possível realizar a necessária ligação entre a saúde mental, o SUS e o exercício da cidadania.

Na prática profissional, como enfermeiro coordenador do Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAIS Mental) do município de Gravataí/RS, participei do atendimento realizado segundo o modelo biomédico e vivenciei como tal modelo contribuía para o processo de alienação e desresponsabilização das equipes de trabalho em saúde e, apesar de estar em um posto estratégico na equipe de trabalho, não obtive êxito quanto às ações práticas de alguns dos preceitos do SUS: implantação de acolhimento, co-responsabilidade dos trabalhadores em saúde nas ações de trabalho e valorização do trabalho em equipe. Naquele momento, não dispunha de ferramentas para perceber o processo no qual estava submerso, restou-me apenas a inquietação de não conseguir fazer com que aquele coletivo de trabalho realmente funcionasse como tal. Empiricamente, pude perceber que a ausência da horizontalização das decisões da gestão de saúde municipal levava ao não-comprometimento, por parte dos trabalhadores, com o resultado ou mesmo com a forma com que eram realizados os atendimentos à população local.

Minha inserção na gestão municipal de Viamão, município da grande Porto Alegre, ocorreu conjuntamente com as atividades desenvolvidas na cidade de Gravataí e propiciou novos rumos e percepções. Inicialmente como enfermeiro assistencial do Centro de Atenção Psicossocial Casa Azul (CAPS Casa Azul), depois como seu coordenador e, após, como Coordenador das Políticas de Saúde Mental do município. A partir de então, deu-se o amadurecimento das questões a

serem desenvolvidas nesta pesquisa, apresentadas no capítulo 2, denominado *A Construção do Objeto de Estudo*, no qual exploro as conexões teóricas e práticas do problema ao qual esta pesquisa se debruça. A seguir, no capítulo *Objetivos,* exponho o objetivo principal almejado por este estudo, seguido dos questionamentos que se desdobram do cerne do problema de pesquisa proposto. O capítulo 4, *Caminho Metodológico,* traça a linha teórica seguida para contemplar os objetivos da pesquisa, justificando seu uso. No capítulo 5, denominado *Análise e Discussão dos Resultados,* são apresentados os dados colhidos em campo de pesquisa, problematizando-os, visando ao alcance dos objetivos propostos para o estudo.

Finalmente, são apresentadas as *Considerações Finais* no capítulo 6, onde são retomados os objetivos e os pressupostos básicos apresentados previamente, buscando fazer uma avaliação da pesquisa realizada e elucidando o encerramento do estudo. O capítulo 7 apresenta as referências utilizadas para embasar teoricamente esta pesquisa científica.

2. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

Pelas significativas experiências sociais, multiplicadas a partir da reforma psiquiátrica brasileira, corroborada pela promulgação da Lei Complementar 10.216/2001[2] (BRASIL, 2001), as formas de relação entre a sociedade brasileira e a loucura estabeleceram novos significados, em um processo dialético e histórico.

A história da república brasileira atravessa o século XX entre regimes inicialmente revolucionários, em seguida paternalistas e finalmente totalitaristas, marcando de forma indelével a construção do cidadão brasileiro e a sua relação de compromisso com a *coisa pública* nacional. A democracia brasileira é, historicamente, recente, retomada na penúltima década do século XX por meio do esgotamento do regime militar e da Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

A chamada Constituição Cidadã, promulgada em 1988, privilegia os processos democráticos de decisão, nomeia responsabilidades às três esferas do estado (federal, estadual e municipal) e demarca direitos e deveres do cidadão brasileiro. A descentralização do poder público em direção aos poderes locais nos municípios e seus cidadãos é o horizonte constitucional apontado em 1988 e direciona as políticas públicas a partir daquele ano até o presente momento.

A Constituição de 1988 determina a obrigatoriedade do Estado em relação às questões da saúde da população brasileira, elevando a saúde ao patamar de direito constitucional, em conjunto com outras conquistas como o direito à educação. O capítulo da saúde no texto constitucional afirma: “saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão brasileiro” (BRASIL,2007a). A partir da Carta Magna nacional são aprovadas, em anos posteriores, as Leis Complementares que determinam a criação e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Em consonância com o cenário de descentralização de poder e recursos em saúde, proposto no final da década de 1980, o governo do Estado do Rio Grande do Sul aprova no ano de 1992 a Lei Ordinária nº 9.716/92 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2008)[3]. Tal lei

---

[2] A Lei Federal 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001).

[3] A Lei Ordinária nº9.716/92 dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências (RIO GRANDE DO SUL, 2008)

determina o fechamento paulatino dos leitos em hospitais psiquiátricos, concomitantemente à abertura de novos serviços alternativos ao manicômio, propondo que estes atuem em rede integrada, à disposição da população gaúcha e veda a ampliação/abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos no estado.

Quatro anos mais tarde, em 1996, favorecidos pelo cenário de atores locais extremamente ativos nas discussões a respeito da Reforma Psiquiátrica, dois municípios da fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul aprovam legislações municipais ecoantes à Reforma Psiquiátrica e à reestruturação do modelo de atendimento em saúde mental. São eles os municípios de Bagé e Alegrete, sendo este último o escolhido como território do presente estudo, justificando a escolha de apenas um dos dois municípios pela necessidade de detalhamento do processo democrático local que levou à Lei Municipal de Saúde Mental.

Ao balizar a discussão proposta para o delineamento do objeto de estudo desta pesquisa, são apresentadas três linhas teóricas necessárias à abordagem da questão de pesquisa a ser proposta. Para cada uma das linhas balizadoras ressalto um pressuposto básico a ser apontado como alicerce desta pesquisa. As três linhas são: A Construção Social da Loucura e de seu Território; Cidadania e Processo Democrático; A Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após apresentar os três pressupostos básicos que alicerçam o arcabouço teórico da pesquisa, finalizo a construção do objeto de estudo com a questão básica a ser respondida por esta pesquisa.

É necessário ressaltar que os três pontos balizadores são considerações transversais ao estudo, ou seja, perpassam toda a abordagem proposta, bem como a metodologia e o futuro andamento da pesquisa, materializados nas entrevistas, pesquisa documental e observação a serem realizadas. É essencial à construção deste objeto de estudo a assertiva de que a loucura não está contida em aparelhos específicos do Estado (manicômios, centros de atendimento em saúde mental), e os saberes a ela referentes não são de aplicação exclusiva aos loucos (LUZ, 2008).

2.1 A construção social da loucura e de seu território

A vivência em sociedade é intermediada por uma série de contratos de comportamento social, inseridos à cultura, aos costumes e ao território no qual determinada sociedade vive e se organiza. Para permitir que os homens organizem-se em comunidades, certos comportamentos e premissas são estabelecidos em relação aos desejos individuais de cada componente de um dado coletivo de convivência. Para manter o padrão funcional de determinada comunidade, cidade ou nação, histórica e socialmente são erigidos pilares de controle social que irão manter, explícita ou veladamente, o compromisso social do funcionamento individual de cada ser humano inserido em regras de convivência (FOUCAULT, 1986).

O protagonismo individual é indubitavelmente cerceado pois sempre está inserido em uma vivência coletiva, portanto, sujeito a suas regras e mecanismos de controle, a saber: é permitido utilizar determinadas vestimentas; são permitidos determinados comportamentos entendidos como aceitáveis (civilizados); é necessário assumir determinados comportamentos para fazer parte do convívio social (FOUCAULT, 1992).

Viver em sociedade é adequar-se, é assumir uma série de comportamentos determinados e construídos pela própria convivência histórica entre os seres humanos. Tais valores, comportamentos, vestimentas, modos de agir não são anacrônicos, estão sempre inseridos e determinados em e por sua época histórica (FOUCAULT, 1987; AMARANTE, 2008). Por exemplo: um homem que tenha vivenciado o século XVIII, certamente apresentaria comportamentos, crenças, desejos, enfim, *jeitos de existir* completamente diferentes de outro homem inserido no mesmo território três séculos depois, na contemporaneidade. O que aconteceria com um homem que apresentasse padrões de comportamento *excêntricos*? Desviados do centro, deslocados, desviantes – **diferentes?**

A partir da identificação e tentativa de correção dos chamados *desviantes,* o conhecimento da ciência psiquiátrica é construído. Aos que não se adaptam às regras pré-estabelecidas em sociedade, os mecanismos de controle, de correção – de tratamento . Possuindo assim, em sua gênese, a marca positivista da classificação, da diferenciação e da busca de padrões de funcionamento, as chamadas ciências do comportamento irão se estabelecer a partir do século XVIII, avançando muito nos tratamentos biologicistas, ligados diretamente à idéia de

retorno à normalidade, colocados conforme os critérios estabelecidos a partir dos próprios mecanismos repressores. (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1987; BASAGLIA, 1991)

Critérios de convivência social, de inserção e participação no *modus operandi* sociais. Para o sucesso da *recuperação* é estabelecido um território específico para os loucos, que até então estavam incluídos em conjunto a toda sorte de marginalizados socialmente: órfãos, doentes infecciosos, mutilados – socialmente diferentes do padrão estabelecido de *produção,* conseqüentemente vistos como incapazes (CASTEL, 1991; ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; AMARANTE, 2008).

Os manicômios tornar-se-ão o *stablishment* do alienista, responsável pela classificação e identificação das pessoas para lá destinadas, substituindo o anterior cuidado religioso aos loucos, vinculado principalmente à caridade e à expiação dos pecados. Loucura torna-se objeto da ciência, torna-se conhecimento médico, ganha o *status* de doença (CASTEL, 1991; AMARANTE, 2008).

A intenção aqui não é a negação da doença mental, ação que seria obtusa e tacanha, pelo contrário, o intento é a demonstração de que, em sua origem positivista, a ciência psiquiátrica adquiriu bases constituintes que ainda sustentam os embates científicos contemporâneos. É possível ver em Amarante (2008), quando este questiona a aparente *quietude* da tranqüilidade do saber psiquiátrico ao negar afirmações de outras ciências como a Sociologia, a Antropologia e a Filosofia, as maneiras como tal embate se dá nas arenas científicas hoje:

> [...] a tranqüila quietude [das ciências positivas] não está abalada. Pelo contrário, assiste-se a freqüentes anúncios de sua absoluta positividade, por exemplo, de que descobertas definitivas, das causas terapêuticas da esquizofrenia e das doenças afetivas estão para acontecer a qualquer momento: é uma questão de muito pouco tempo!
>
> A psiquiatria tende a rechaçar as proposições dos saberes que lhe são externos, e não apenas aqueles que colocam em discussão seus fundamentos. Comumente, classifica tais contribuições como totalmente desprovidas de conhecimento psiquiátrico e, portanto, desprovidas de verdade. Se se tratam de 'críticas' a ela dirigidas, oriundas dos campos das ciências sociais e humanas, são entendidas como decorrentes da completa ausência de parâmetros científicos para julgar a positividade desse saber sobre a natureza da doença mental. Ou ainda, por extensão, se são não-saberes-psiquiátricos são simplesmente não-saberes, o que é outra característica da tradição moderna [da ciência]. (p.34-35)

As classificações das doenças mentais aproximam-se de maneira tênue à discriminação da existência, ao buscar identificar padrões de funcionamento na

maneira única, singular de que cada indivíduo tem de viver a vida, de andar a própria existência (CAMPOS, 2007).

A loucura foi territorializada, classificada, estudada, e no século XX (há apenas pouco mais de 60 anos) foi medicalizada. Há finalmente remédio para a loucura, para os *desviantes* e seus *desvios* (AMARANTE, 2007).

Para Luz (2008, p.88) "a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia [...] são formas de determinação e organização do espaço psíquico dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade: enquanto cidadãos". A mesma autora afirma que a loucura não pode ser tomada apenas a partir do olhar biológico, tampouco apenas a partir do viés social, para LUZ (2008, p.89) a loucura é uma "construção política e teórica, institucional e científica".

Tampouco é possível simplificar grosseiramente a um discurso dualista de *bem* ou *mal* a relação de poder do saber psiquiátrico sobre as pessoas que a ele se submetem ou que dele fazem uso em sua *praxis*. Partindo da concepção dialética do papel do médico psiquiatra e das equipes de enfermagem, consideradas empiricamente como as mais resistentes para a desconstrução do manicômio e, principalmente, do *modelo manicomial*[4], chegamos ao cerne de uma das principais dificuldades apontadas por Basaglia para uma concepção de psiquiatria democrática.

> **O mandato social**, **a função delegada pela sociedade** ao médico do hospital manicomial não é a de quebrar a instituição manicomial, mas de mantê-la; não é de renunciar ao poder do médico, mas de utilizá-lo, não é de criticar o papel social opressor e integrante da psiquiatria, nem de favorecer o poder de contestação dos exclusos e dos oprimidos, mas de defender os privilégios de quem exclui ou oprime; não é de criar uma estrutura 'horizontal' no hospital, mas de refletir, absolutizando a hierarquização opressora da sociedade externa; não é de submeter a uma crítica e autocrítica contínua a manipulação das consciências das quais é responsável e culpada a inteligência médica, mas de fornecer à sociedade uma máquina assistencial que lhe seja funcional e que **tenha como objetivo não atrapalhar os privilégios de quem deseja que a sociedade não mude o próprio rosto opressor** (BASAGLIA *et al*, 2008, p.38, grifos nossos).

As instituições destinadas aos loucos demonstraram-se, ao longo dos últimos dois séculos, incapazes de promover a cura e a recuperação dos doentes psiquiátricos. Constantemente vencidos pelas questões econômicas e vexatórias de

---

[4] O *modelo manicomial* é a designação que pressupõe comportamentos por parte das equipes de atendimento que não necessariamente precisam ser realizadas no território do manicômio. A experiência dos ambulatórios de psiquiatria no Brasil, em sua maioria, são um exemplo de *modelo manicomial* fora da instituição clássica da psiquiatria, o hospício (AMARANTE, 2007).

superlotação, admitindo muito mais pessoas que recuperando e devolvendo-as à sociedade, o sistema de tratamento manicomial passou nos últimos dois séculos por inúmeras tentativas de *melhorias*: uso do trabalho terapêutico, uso do ócio terapêutico, intervenções neurológicas (eletroconvulsoterapia, lobotomia), intervenções físicas (contenção, uso de solitárias para isolamento, isolamento social) (OLIVEIRA; ALESSI, 2005a).

A psiquiatria brasileira inaugura sua *fase científica* a partir da figura histórica de Juliano Moreira, que por meio de "fundamentos teóricos, práticos e institucionais [...] constituíram um sistema psiquiátrico coerente" (BARROS; EGRY, 2001, p.33), com a época, naturalmente.

A visão eugenista da psiquiatria brasileira foi construída a partir da consolidação das políticas de ordem social instituídas a partir dos primeiros planejamentos em saúde, das primeiras ações estatais acerca das populações não inseridas no sistema produtivo (negros, ex-escravos, imigrantes, inválidos). A ótica eugenista é proposta e aceita na psiquiatria brasileira, ao buscar ligações entre raça-crime-loucura à semelhança da caça de Oswaldo Cruz[5] aos germes infecciosos no Rio de Janeiro; discute as tendências da *raça brasileira*, extremamente miscigenada e, conseqüentemente, "que facilmente degenera" (LUZ, 2008,p.93).

São inúmeras as tentativas, principalmente a partir do início do século XX, de modernizar o aparato manicomial em busca de maior eficácia e de uma resposta social de efetivo controle e recuperação de seus componentes desviantes. Os maus-tratos, as internações perpétuas, a regressão mental individual, a dependência dos loucos à instituição, repetem-se em todas as experiências manicomiais em toda a cultura ocidental, ignorando as fronteiras geográficas e políticas entre os países (BASAGLIA, 1991).

A partir da segunda metade do século XX, após a experiência da Segunda Guerra Mundial, a busca de alternativas para recuperar os afetados mentalmente pelos indivíduos participantes do conflito (principalmente na Europa) irá apontar para novas alternativas de tratamento e busca da saúde mental do indivíduo, não

---

[5] Oswaldo Cruz é uma figura histórica na cronologia das políticas sanitárias brasileiras. Foi responsável, em conjunto com um grupo de médicos com apoio do Estado, pela reurbanização da cidade do Rio de Janeiro no começo do século XX de acordo com os modernos padrões de higiene. Até então a cidade era conhecida como "túmulo de estrangeiros" pela grande incidência de mortes principalmente de europeus na então capital federal. Cruz teve importante papel no saneamento dos grandes males que assolavam a população à época como a varíola, a febre amarela entre outras epidemias (ARRUDA e PILETTI, 1994).

passando necessariamente pela experiência manicomial, valorizando principalmente as terapêuticas grupais (ZIMERMAN, 1995; BIRMAN; COSTA, 2008).

A instituição psiquiátrica e seus conhecimentos passam a ser questionados, o território exclusivo dos loucos e seus altos muros passam por exitosas experiências de desconstrução. Experiências como as comunidades terapêuticas na França e Inglaterra, a Psiquiatria Democrática Italiana, e a Antipsiquiatria americana demonstram o descontentamento e o questionamento do modelo manicomial até então predominantemente adotado no meio científico como solução para a doença mental. A contradição de sua ineficácia como tratamento é a principal ferramenta científica para sua necessária desconstrução (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Democrática italiana é alicerçada pela trilogia negação-superação-invenção, é necessário negar e superar o saber e a prática psiquiátrica convencional, inventando novas formas de pensar e de atuar com a doença mental e a loucura (ROTELLI, 1990).

Chama a atenção o termo *democrática* ao referirmo-nos à experiência italiana, principalmente para este trabalho, que se solidariza ao ideal da decisão coletiva, *imagem-objetivo*[6] da democracia. O termo *democrática* constrói-se em conjunto com a proposta do grupo *basagliano* a partir de suas experiências com as comunidades terapêuticas, resultantes da desconstrução do manicômio de Gorizia e acabou por designar o movimento italiano como um todo. A definição de Comunidade Terapêutica adotada por Basaglia aponta a direção democrática:

> Uma Comunidade Terapêutica é aquela onde vem se cumprindo deliberadamente o esforço de usar, na maior extensão possível, em um plano terapêutico vasto, as contribuições de todos, pessoal [equipe técnica] e pacientes. (BASAGLIA *et al*, 2008,p.13)

A partir do exposto acerca do primeiro balizador teórico desta pesquisa aponto como pressuposto básico que: **a loucura é fruto de uma construção histórica e social, bem como as maneiras da sociedade encará-la, tratá-la ou aceitá-la. A partir desta ótica, em um processo dialético, percebem-se as idas e vindas, construções e desconstruções em todas as áreas do conhecimento científico ocidental acerca do tema.**

---

[6] O termo *imagem-objetivo* é utilizado aqui relacionado ao conceito de horizonte, utopia, ideal a ser alcançado, direção.

2.2 Cidadania e construção democrática

O termo democracia tem sido excessivamente exposto midiaticamente e, com isso, vem sofrendo um significativo desgaste de sentido ontológico. Assim, outros termos como cidadania, ética, política e suas relações com a responsabilidade individual do homem em sociedade vêm sofrendo semelhante processo. Por meio da *ideologização*[7] de termos como *democracia* e *ideal democrático* os mesmos tornam-se efetivos mecanismos da manutenção capitalista, mantendo a organização do poder nas diversas camadas sociais (CABRAL, 2007).

O homem contemporâneo é aparentemente livre para exercer o dito *protagonismo social*. A história do pensamento humano aponta para um progressivo deslocamento da noção de *liberdade*. Anteriormente, entrementes ao século XVI, o termo fora diretamente ligado ao ideal cristão de salvação, através do pensador Santo Agostinho a idéia de *liberdade* toma forma de *livre-arbítrio* e segue atrelada ao ideário cristão de expiação dos pecados e salvação em direção ao paraíso eterno. Ser livre é ser temente a *Deus* (CHAUI, 1995).

As noções positivistas, a partir de Descartes e Kant, irão dar seguimento ao deslocamento do plano ontológico de *Deus* para o plano da subjetividade humana. A cientificização do pensamento humano significa para os autores modernos (pós revolução industrial) deslocar *Deus* do centro das questões filosófico-científicas para centrar o próprio homem e sua racionalidade. *Deus* passa a ser um "mero apêndice das páginas filosófico-científicas ou uma peça que o eu coloca para organizar o sistema por ele proposto para explicação do real" (CABRAL, 2007, p.8,).

Como afirma Nietzsche (2002), *Deus morreu*, foi necessário ao homem *matar a Deus* para chegar à noção de subjetividade. O homem passa a se ver como protagonista de sua história, *livre* e *responsável* pela sua existência (NIETZSCHE, 2002).

Os termos *responsabilidade*, *liberdade*, *cidadania* e *democracia* formam um constructo interdependente quanto à atuação humana em sociedade. Para ser *cidadão* é preciso ser *responsável* por seus atos, é preciso exercer a *liberdade* de

---

[7] O termo *ideologização* refere-se à capacidade social de produzir ideologias – "um sistema ordenado de idéias ou representações [...] independente das condições materiais [do real]" (CHAUI, 1984, p.65).

ser *cidadão* e acredita-se que o *sistema democrático* seja o que melhor responde às necessidades de tal constructo.

Apesar disso, quando se observa a construção do **eu**, mencionada anteriormente, e sua relação com a democracia, vê-se que:

> Estando à mercê do eu, a democracia moderna se tornou o palco das mais nocivas guerras de poder, abrindo espaço para a total desorganização do andamento da máquina estatal, enfraquecendo, como se vê hoje, o nexo espiritual do povo. Além disso, a democracia moderna, por supor que a liberdade é o **exercício voluntarista do sujeito**, que é sempre visto como um átomo auto-suficiente, legitimou o vigoramento do capitalismo como estruturador da economia. **Ser capitalista é ser democrático. Pois, produzir o que se quer e como se quer é sintoma da liberdade do eu, liberdade esta já pressuposta na democracia moderna. Conclusão: é a própria democracia moderna que cria seu monstro devorador.** Eis a razão por que a democracia hoje, sofre de uma profunda crise em toda sua amplitude. É que sob as rédeas do capitalismo o ideal democrático é só mais uma expressão manipulável pela boca de empresários e de publicitários (CABRAL, 2007, p.15-16, grifos nossos).

A democracia vivenciada pela sociedade brasileira é uma *democracia representativa*, diferente da *democracia direta* proposta por autores comunistas como Togliatti e Gramsci. Togliatti (1980) defende a democracia progressiva, que:

> [...]seria um aprofundamento da democracia no qual chegaria um momento em que conviveriam harmonicamente as instituições da democracia representativa com as instituições da democracia de base – conselhos de fábrica, de bairros, etc. (VIANA, 2008, p.58).

Quando surge o termo *ideal democrático* e este se apresenta como imagem-objetivo da maioria dos Estados capitalistas contemporâneos é preciso estar alerta para o que *ideologicamente* isso significa.

Considerando que:

> O Estado *aparece* como a realização do interesse geral [...], mas na realidade, ele é **a forma pela qual os interesses da parte mais forte e poderosa da sociedade** (a classe dos proprietários) ganham a **aparência de interesses de toda a sociedade** (CHAUI, 1984a, p.69, grifos nossos).

Ora, se o homem está submetido ao Estado e ao seu *ideal democrático,* ele **é realmente *livre*?** A noção de liberdade, segundo o plano ontológico do poder democrático,

> consiste na capacidade de favorecer a potencialização humana no que se refere ao **partejamento** de uma existência responsável pela **totalidade dos entes** e que torne-se concomitantemente [e conseqüentemente]**, livre** (CABRAL, 2007, p17-18, grifos nossos).

Portanto, para iniciar a discussão teórica acerca da democracia, cidadania e sua relação com as políticas públicas de saúde, é necessário considerar a construção ideológica de tais termos, desgastados pela exposição midiática de massa, assim como de seu uso indevido pelo próprio Estado, para a manutenção da condição de centralizador do interesse da classe dominante. Ser livre e protagonista da história é responsabilizar-se pelo coletivo e por seus entes participantes, democracia, assim, é: ***pertença* ao coletivo**.

Nascimento (2007) aponta o paradoxo entre o desenvolvimento científico-tecnológico legitimador dos processos de racionalização, que concomitantemente ao *avanço*, promovem a concentração de riquezas, acentuam as desigualdades territoriais e a exclusão social. A autora aponta como conseqüência:

> [...] ao mesmo tempo que se individualizam os processos [científicos], acentuam-se a interdependência na execução das ações, demandando **bases regimentais e normatizadoras das relações entre indivíduos e grupos sociais** (p.27, grifos nossos).

A normatização ocorre em relação a todos os aspectos da vida em sociedade, em resposta às conseqüências apontadas por Nascimento (2007) supracitadas. Vejamos como se deu a construção das políticas de saúde coletivas a partir do Estado e a participação dos cidadãos brasileiros em tal construção.

A preocupação do Estado com as políticas de saúde coletivas inicia-se a partir da segunda metade do século XIX, a partir da conformação e solidificação do Estado brasileiro e da necessidade da ordenação social, fato comprovado pela quantidade de normatizações estatais observadas nesse momento histórico (LUZ, 2008).

Para Carvalho (2001) cidadania é uma combinação de liberdade, participação e igualdade. O mesmo autor acredita que o exercício pleno da cidadania é utópico, pois depende das nuanças locais e do momento histórico ao qual tal exercício está vinculado. Oliveira e Alessi (2005b) afirmam, calcadas nas idéias de Carvalho (2001), que no Brasil houve uma inversão da *criação da cidadania*:

> os direitos sociais foram implantados primeiro, em um período de repressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis [Era Vargas]; os direitos políticos [aumento acentuado dos eleitores] foram expandidos num período ditatorial e os direitos civis continuam ainda hoje inacessíveis à maioria da população (OLIVEIRA e ALESSI, 2005, p.192).

Embora a criação do processo de cidadania brasileiro não possa ser assim simplificado, como lembram as mesmas autoras, tal processo contribuiu para a cidadania alienante da qual dispõe a sociedade nacional no atual contexto (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

A psiquiatria institucional possui em sua história a capacidade já relatada por inúmeros autores de retirar a condição de cidadão do indivíduo considerado louco (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1987; BASAGLIA, 1991; AMARANTE, 2008). Ao mencionar a experiência italiana, Basaglia relata:

> [...] [o louco] vê-se a encarar a liberdade, desmistificando-a como ficção. No momento em que pode sair do hospital somente acompanhado, é obrigado a verificar que literalmente '**não é mais um homem**' [...] (BASAGLIA *et al*; 2008, p.29, grifo nosso).

A necessidade e a valorização dos processos coletivos são componentes presentes na consolidação do atual sistema de saúde brasileiro. Através dos processos legislativos de criação dos conselhos de saúde em todas esferas da complexidade do sistema federativo democrático (municipal, estadual e federal), a busca da horizontalização das decisões acerca das questões relativas à saúde coletiva brasileira é legitimada e garantida legalmente (NASCIMENTO, 2007).

A questão da cidadania está no cerne das discussões a respeito da loucura e do papel do louco na sociedade. A construção social da loucura, que estabelece local e atores responsáveis por seu tratamento sempre com a imagem-objetivo dos processos de normatização alija os doentes mentais da própria cidadania, chegando à negação da própria cidadania, o *não cidadão* (AMARANTE, 2008).

A partir do momento que a Reforma Psiquiátrica brasileira transcende as questões teóricas e administrativas dos espaços da loucura, adentra em campos políticos, culturais e sociais.

> Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos (AMARANTE, 2008, p.14).

Portanto, para a ruptura do paradigma manicomial, a reobtenção da cidadania do louco através de sua participação direta nos processos democráticos é essencial (DELGADO, 1992).

As políticas de saúde são um conjunto de intervenções concretas na sociedade por parte do Estado no intento de equacionar dificuldades nas questões sociais das diferentes camadas de classes populacionais, ou seja: “a maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras” (LUZ, 2008, p.86). A partir dessa assertiva, é possível presumir que tais políticas de Estado podem ser ferramentas tanto de inclusão quanto de exclusão social (LUZ,2008).

Campos (2005) é um dos expoentes da comunidade científica brasileira que, expressivamente, vem contribuindo com as discussões acerca da “produção de cidadania”. Incitando trabalhadores, gestores e usuários do SUS a valorizarem a subjetividade dos sujeitos em seus processos de trabalho, de cuidado, de gestão e, por que não, de adoecimento.

Seguindo a corrente materialista histórica, Campos (2005) afirma que não há como teorizar sobre o Ser em geral, os sujeitos são únicos, relacionais e históricos. Mas há como estimular os sujeitos a se autorizarem a exercer suas subjetividades, de acordo com a história individual de cada ser, seus interesses, e, ainda assim, tal exercício de subjetividade estar inserido em um senso coletivo. O desafio proposto não enfrenta apenas as fronteiras do SUS, ultrapassa-as, chegando às bases das sólidas construções sócio-históricas de classe e poder. Tais fronteiras, limites, regras e liberdades permitidas são social e historicamente construídas e mantidas por estes mesmos sujeitos (opressores e oprimidos), principalmente através dos sistemas econômicos e de relações de produção–trabalho (CAMPOS, 2005).

Durante o processo de desinstitucionalização do manicômio de Gorizia, Basaglia aponta que a inserção dos loucos em ambientes deliberativos ou decisórios, principalmente acerca das questões relativas ao seu tratamento e sua dinâmica terapêutica, é essencial para fornecer-lhes alternativas sobre sua própria existência e uma maneira saudável de oferecer-lhes o enfrentamento da realidade que os cerca (BASAGLIA *et al*, 1994).

É essencial, portanto, para compreender a importância da democracia nas políticas de saúde mental brasileiras como eixo norteador maior, visualizar o papel desta na própria história do país. Além disto, igualmente importante é a conceituação do termo ao longo do processo histórico nacional, de peculiar construção democrática. O Brasil vivenciou, nos últimos 50 anos, a passagem de um regime político autoritário (subvencionado pelo poder militar) para uma gradativa e

crescente democratização do Estado nacional, a partir do que ficou conhecido como *processo de redemocratização nacional*. O ora estabelecido e vigente *Estado de* Direito é compreendido como o regime democrático e constitucional em que as regras político-jurídicas estão estabelecidas legitimamente como expressão da vontade da maioria da sociedade.

A fim de possibilitar o entendimento das questões que cercam um processo social considerado democrático, faz-se necessário iniciar pelo próprio entendimento do que vem a ser a democracia. Qual a tessitura ontológica do termo, nos aspectos da existência do homem como indivíduo, bem como às implicações do termo na coletividade humana e, no caso brasileiro, quais suas relações com o texto constitucional que demarca a passagem do regime político autoritário para o democrático.

A possibilidade de uma democracia individual, como uma escolha pessoal a ser exercida de maneira solitária, é inócua já que o significado do termo, lingüisticamente, é:

> Governo do povo; soberania popular; doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição eqüitativa do poder, ou seja, regime de governo que se caracteriza, em essência, pela liberdade do ato eleitoral, pela divisão de poderes e pelo controle da autoridade, dos poderes de decisão e de execução. (FERREIRA, 1986, p.534)

Democracia, então, é uma opção da sociedade, não do indivíduo, dista-se de uma questão singular. Um homem que vive sua existência em um regime democrático pode possuir *ações de cunho democrático*, demonstradas em posturas sociais profissionais ou em sua vida pessoal – apesar de a existência humana englobar tudo, não fazendo distinção entre as duas. A construção/vivência de uma existência que se fluidifique na sociedade democrática liga-se diretamente aos valores adquiridos ao longo da vida, ou seja, o regime político em que o indivíduo está inserido é *vivenciado* de uma forma ou de outra de acordo com os julgamentos morais que ele faz de si e dos outros homens que o cercam. Viver em um *estado democrático de direito,* portanto, não significa exercer a democracia.

A vivência nacional do estado autoritário deixou marcas em vidas e famílias, bem como na própria história política do país. Não é à toa que o fim do regime militar é marcado pela Assembléia Nacional Constituinte, afinal, para efetivamente ocorrer o câmbio de regime político é necessário restabelecer as *regras do jogo* político.

Previamente ao estabelecimento da Assembléia Nacional Constituinte houve, por parte do Congresso Nacional, a chamada *limpeza do entulho autoritário*, ou seja, a extinção de uma série de medidas e atos institucionais que sustentavam o regime político anterior – preparando o terreno para a seguinte discussão constitucional. Apesar das fortes marcas autoritárias, o regime militar não aboliu nem os partidos nem as eleições, o controle era exercido através das fortes restrições à participação política (KINZO, 2004).

São muitos os fatores que influenciaram a redação da Carta Magna que desde 1988 rege a relação da sociedade com o Estado brasileiro, alguns deles: o final da Guerra Fria, a partir da derrocada dos regimes socialistas; o alinhamento do continente sul americano à política econômica neoliberal, em seu auge naquele momento histórico; a debilidade da economia do país na década de 80, marcada por altos índices inflacionários e pela conseqüente desvalorização da moeda brasileira; a grande força política de setores conservadores, oriundos do próprio regime autoritário – não militares; a vivência do luto nacional em relação a Tancredo Neves[8]; a longa disputa de projetos durante a escrita do texto constitucional (por cerca de 2 anos), entre os setores progressistas e conservadores, sob influência das pressões sociais e dos setores privados através de lobistas. Além disso, a:

> (...) Constituição de 1988 foi fortemente influenciada tanto por manobras de um presidente egresso do autoritarismo, como por pressões dos militares em torno de disputas sobre o tempo de duração do mandato presidencial, o sistema de governo, as relações entre o Legislativo e o Executivo e o papel do Estado na economia. (MOISÉS, 2008,p.19)

As regras básicas foram definidas em um processo democrático, pela força das maiorias – mesmo que o processo tenha sido lento e muito *negociado*, o debate foi feito. As características de valorização da cidadania do texto constitucional de 1988 garantem direitos básicos para um estado que se pretende democrático, já que:

---

[8] Tancredo Neves, líder de uma coalizão de forças formada por dissidentes do antigo regime e líderes da resistência democrática, foi eleito presidente segundo a constituição dos governos militares. A população depositava nele esperanças de novos rumos para a política nacional. Doente, não pôde tomar posse e morreria menos de 40 dias depois, no dia de Tiradentes: 21 de abril. O fato surpreendente agravou as dificuldades econômicas e políticas que o novo governo civil iria enfrentar, tendo à frente o vice de Tancredo, José Sarney – um dissidente do regime militar que até poucos meses antes da posse presidira o partido de sustentação dos militares. (ARRUDA; PILETTI, 1994; MOISÉS,2008)

> (...) de acordo com a política constitucional vigente podemos definir a natureza de um Estado em particular, levando em consideração os direitos fundamentais que assegura e a participação política dos governados. Desta forma, é possível definir uma política constitucional como *democrática* em função dos procedimentos (*quem* governa e *como* governa), mas também como *social*, ou *de bem-estar social*, caso assegure a seus cidadãos direitos sociais mínimos (*o quê* garante o Estado). (COUTO, 2005 p.95)

O regime democrático constitucional tem como fruto a *política competitiva* definida por Couto (2005) como "algo posto e inevitável, algo legítimo e mesmo desejável"(p.96). A política competitiva e suas arenas de embate serão assuntos discutidos posteriormente neste trabalho. As *políticas públicas*, entendidas pelo mesmo autor como tudo que o Estado gera como resultado de seu funcionamento ordinário, são condicionadas pela *política competitiva* e pela *política constitucional*. Portanto, em uma democracia as políticas públicas – ações governamentais, são o resultado da opção da maioria da população nas regras estabelecidas pela constituição federal, através da competitividade do pleito eleitoral (COUTO,2005).

Moisés (2008), ao estudar a experiência brasileira em relação à democracia, aponta como pressuposto básico de sua pesquisa que a *qualidade* da democracia vigente influencia diretamente a opinião da população em relação às instituições governamentais do país. Isso explica a percepção empírica a respeito da cultura política brasileira, caracterizada por desvalorizar as conquistas da redemocratização, como a representatividade por partidos e parlamentos. O estudo demonstrou que, apesar de a maioria dos entrevistados serem favoráveis ao regime democrático, desautorizam seus próprios representantes:

> a variação dos índices de adesão à democracia e de confiança política no Brasil depende tanto da cultura política como do funcionamento das instituições democráticas. (...) a presença daqueles fatores estimula a preferência de significativas parcelas de cidadãos brasileiros por modelos de democracia que descartam uma das características mais importantes desse regime – em realidade, um dos principais elementos que distinguem a democracia de suas alternativas – isto é, as instituições de representação, por meio das quais, além do direito de escolher governantes, os eleitores podem fiscalizar e exercer o controle sobre a atuação deles. (MOISÉS, 2008, p.12)

Mas o que é, afinal, uma *democracia de qualidade*? Na revisão literária do mesmo estudo, Moisés (2008) aponta que, sem contar a queda do muro de Berlim –

em 1989[9] – e suas conseqüências políticas, entre os anos de 1974 e 1990 o número de regimes democráticos no mundo duplicou (HUNTINGTON, 1992). Apesar disto, em uma perspectiva comparativa, as experiências democráticas são extremamente peculiares, o que demonstra que as vias para a democracia não são únicas. A multiplicação dos regimes considerados democráticos é notória: de um total de 192 nações pesquisadas em 2005, 119, ou seja, 62% foram consideradas como democracias eleitorais, pelos padrões estabelecidos internacionalmente. As quatro implicações básicas para que um regime político possa ser considerado democrático são:

> 1) direito dos cidadãos escolherem governos por meio de eleições com a participação de todos os membros adultos da comunidade política;
> 2) eleições regulares, livres, competitivas e abertas;
> 3) liberdade de expressão, reunião e organização, em especial, de partidos políticos para competir pelo poder;
> 4) acesso a fontes alternativas de informação sobre a ação de governos e a política em geral. (adaptado de MOISÉS,2008)

O termo qualidade remete à relação comercial, de *qualidade do produto*. Pois bem, a partir de tal ótica, o cidadão espera do produto *democracia* que este seja capaz de satisfazer as expectativas quanto às missões atribuídas pela população a seus governantes; seja garantidor da igualdade política entre os membros da sociedade, possibilitando que todos possam lutar de maneira igualitária por seus interesses; que o regime possibilite aos cidadãos avaliarem e julgarem o desempenho de seus representantes e governos escolhidos (MOISÉS,2008). Por não ser um produto de feira – a democracia, o poder *do* e *pelo* povo, apenas funciona socialmente a partir da justificação da existência do mesmo na vida das pessoas, em suas *biografias*.

> (...) o funcionamento adequado das instituições democráticas requer a presença de elementos de justificação de sua função, os quais estão relacionados com convicções dos cidadãos a respeito de sua missão e do seu funcionamento. (MOISÉS, 2008,p.15)

Uma característica que aproxima o cidadão do reconhecimento de que sua existência se dá em um regime democrático é o sufrágio, seu direito ao voto para a

---

[9] A queda do muro de Berlim é um dos marcos históricos que demarca a derrocada dos regimes socialistas observada a partir da década de 1980. Após a Segunda Guerra Mundial, a Alemanha, derrotada no conflito em 1945, foi dividida em dois países, representando *in loco* a polarização política conhecida como Guerra Fria – a disputa política mundial entre os regimes Capitalistas (ocidentais) e Socialistas (orientais). A Alemanha foi reunificada em 03 de outubro de 1990, a partir da coligação política Aliança pela Alemanha, entre líderes da Alemanha Oriental e Ocidental (ARRUDA e PILETTI, 1994).

escolha de seus representantes ou de matérias que dizem respeito à ordem pública – os chamados plebiscitos ou referendos populares. Porém, o sufrágio universal – o direito ao voto para toda a população adulta, independente de sexo, religião, renda, cor – só se dá no início do século XX, na história mundial contemporânea. A queda das muitas barreiras ao voto universal ao longo do século XX possibilitaram o aumento da comunidade política:

> 66% na Nova Zelândia, 92% na Austrália, 34% na Noruega, 148% na Dinamarca, 158% na Alemanha, 117% na Holanda, 112% no Canadá, 170% na Suécia, 25% na Irlanda e 33% na Inglaterra. Ou seja, a democracia é uma revolução. (SANTOS, 1998, p.4)

A democracia contemporânea, representada junto ao cidadão pelo voto universal, requer deste uma cidadania ativa; ou seja, é preciso envolver-se através de discussões, deliberações, referendos e plebiscitos – utilizando maneiras formais e informais, não comprometendo as instituições democráticas. “Há um consenso de que sem o envolvimento popular no processo de construção democrática ela perde em legitimidade, mantendo simplesmente sua dimensão formal” (BAQUERO, 2008, p.381).

As atitudes e as reações dos cidadãos em relação à democracia definirão a *qualidade* do próprio regime em que os mesmos estão inseridos. As instituições democráticas são alvo da desconfiança dos cidadãos brasileiros (MOISÉS,2005), provavelmente pela permanência de vícios políticos tradicionais que contribuem para a ineficiência pública (BAQUERO, 2008). As novas democracias vivenciam uma duradoura influência do recente passado autoritário, materializado no caso brasileiro pela inexperiência quanto à participação política, ainda incipiente e por vezes disforme e imatura – também um reflexo das ainda fracas instituições democráticas das quais o país dispõe, incluindo aí suas representações eleitas. Outros fatores institucionais dificultam o exercício da cidadania, dentre eles Kinzo (2004) aponta como um dos principais a complexidade do sistema eleitoral atual, que envolve cargos em diferentes níveis de poder, tal complexidade se dá pelas inúmeras regras de proporcionalidade, pela pluripartidarização – tornando opacos os contornos ideológicos das siglas, e pelo número excessivo de candidatos – dificultando a nitidez das escolhas dos eleitores.

> O fato de a maioria dos eleitores não lembrar quem é o seu deputado ou em quem votou nas últimas eleições legislativas é uma boa indicação da inexistência de um vínculo de representação claro entre parlamentares e eleitores. (KINZO, 2004, p.29)

Além da pouca formação política pregressa do cidadão brasileiro, outros fatores afetam a sua cognição política, como a baixa escolaridade e o pouco acesso a informações políticas imparciais. O próprio Estado de direito, no caso brasileiro, é de exceção para algumas camadas populacionais que, por sua origem social subalterna, possuem pouco acesso aos direitos civis, são vítimas de organizações criminosas ou mesmo da própria polícia, criando um "regime de exceção paralelo à legalidade existente" (PINHEIRO *et al*, 2003, p.269). Os elevados níveis de desigualdade social acentuam os obstáculos à plena realização da democracia brasileira (KINZO, 2004). Atualmente, diante de todos os fatores negativos supracitados, e certamente influentes, cerca de 70% da população brasileira participa do pleito eleitoral no papel de eleitor, totalizando um número próximo de 126 milhões de pessoas com direito a voto, do total de 186 milhões de pessoas existentes no país. O eleitorado brasileiro saltou de praticamente inexpressivos 15,5 milhões, em 1960, para 115 milhões em 2002, o que representa 94% da população adulta do Brasil. A quantidade de eleitores e a possibilidade de representatividade é um fenômeno multidimensional e de difícil nitidez de contornos no caso brasileiro (MOISÉS, 2008).

> Embora a representatividade possa ser assegurada pela implementação de um sistema eleitoral que permita a expressão da diversidade social e política do eleitorado em uma arena representativa, a responsividade é muito mais complexa. Sua efetividade depende, em grande parte, das condições de participação, bem como de inteligibilidade da competição eleitoral. (KINZO, 2004, p.24)

O voto, por si só, não garante que as reivindicações ou mesmo a vontade da coletividade irá ser efetivada; às instituições de representação e seus componentes eleitos cabe assegurar a ligação entre o julgamento dos cidadãos, de suas prioridades às tomadas de decisão em relação às políticas públicas (MOISÉS, 2005).

As transformações econômicas dos últimos 40 anos redesenharam o panorama do eleitorado nacional, além da universalização do voto. A partir da industrialização da década de 1950, houve um aumento substancial do contingente de trabalhadores urbanos, bem como das populações das metrópoles brasileiras. A base social para a emergência de movimentos populacionais e conseqüentes

partidos políticos de massa foi fornecida pelo próprio crescimento econômico. O próprio capital cria seu monstro devorador, no campo e na cidade; no meio-urbano os trabalhadores industriais organizam suas participações militantes em sindicatos e associações e no meio-rural as formas arcaicas de propriedade e produção criam mecanismos de exclusão econômica que fornecem o cimento social para o surgimento do Movimento dos Sem Terra[10] (MST), "a mais importante manifestação de desobediência social no país" (KINZO, 2004, p.26).

Uma marca importante do Estado autoritário militar brasileiro foi o deslocamento, plenamente visível, para a ilegalidade dos partidos e organizações com orientação ideológica comunista em nome de uma pretensa seguridade nacional. Apenas durante o processo de redemocratização, no final da década de 80, partidos com orientação ideológica de esquerda tornam-se competidores reais nas disputas eleitorais; hoje os mesmos são partícipes efetivos no processo decisório. O exemplo mais claro reside na história do Partido dos Trabalhadores (PT) que, fundado no início da década de 80, a partir do movimento sindical da região do ABC paulista, em 1990 disputou sua primeira eleição presidencial levando o candidato para o segundo turno da disputa[11]. Após três candidaturas sem êxito à

---

[10] Mesmo com formas de ação questionáveis e posicionamentos radicais de seus componentes, o MST obtém êxitos consideráveis no panorama político social nacional: demarca outra via de relacionamento com o Estado, a partir de práticas de ação organizada e, seu maior mérito, tem mantido o tema da reforma agrária na pauta de todos os governos eleitos, independentemente da orientação ideológica dos mesmos.

[11] Segundo Arruda e Piletti (1994) a eleição presidencial no ano de 1989 foi marcada pela acirrada disputa entre os setores conservadores (representados pelo então eleito Presidente da República Fernando Collor de Melo) e a inovação política, representada naquele momento pelo insurgente Partido dos Trabalhadores (na figura política do metalúrgico Luis Inácio da Silva, o Lula) – fruto dos movimentos sociais da década de 1980, principalmente dos metalúrgicos da região do ABC paulista. A disputa eleitoral demonstrou a inexperiência nacional da população com o processo democrático aberto representado pelo sufrágio universal, levando as campanhas de votação à disputa dos valores pessoais e morais dos candidatos, esvaziando-se a discussão a respeito dos planos políticos de ambos. Os números em relação ao eleitorado explicitam a fragilidade do processo eleitoral: pela primeira vez votaram os analfabetos e os jovens entre 16 a 18 anos; 50% dos eleitores não possuía ensino fundamental completo; 75% possuía renda inferior a dois salários mínimos; pouco antes do processo eleitoral, 20% dos eleitores não sabiam o nome do então presidente, José Sarney (ARRUDA;PILETTI, 1994). A dúvida nacional demonstrava-se pelos percentuais das pesquisas de opinião, que giravam em números próximos poucas semanas antes da eleição. Com o mote de "Caçador de Marajás", o jovem Fernando Collor de Melo ganha a eleição apoiado pela mídia atávica e conservadora – a mesma que o despojará do cargo quase dois anos depois acusando-o de corrupção. Os percentuais do resultado: Collor – cerca de 35 milhões de votos (42,75%) e Lula – cerca de 31 milhões de votos (37,86%). Collor de Melo renuncia no ano de 1992 sob jugo da pressão popular incentivada pela mídia de massa e por um insuflado congresso nacional que aprova o pedido de *Impeachment* presidencial em 29 de setembro daquele ano, encaminhando-o ao senado federal – que condenaria o ex-presidente à perda do mandato e suspensão dos direitos políticos por oito anos.

presidência nacional o mesmo candidato é finalmente eleito em 2002, escrevendo um novo capítulo na democracia brasileira.

> Em 2000, o PT venceu a disputa para a prefeitura em seis capitais e em 29 cidades com população acima de duzentos mil habitantes. Além disso, ampliou consideravelmente sua presença em todo o país: a proporção de municípios brasileiros em que o PT saiu vencedor na disputa para o executivo municipal triplicou entre 1992 e 2000. (...) Mais notável ainda foi o desempenho do PT em 2002: não apenas conquistou a presidência da República com a eleição de Luis Ignácio Lula da Silva, que pela quarta vez se candidatava, como ampliou consideravelmente sua representação nas casas legislativas (...) o partido ocupou, em 1990, o sétimo lugar na distribuição relativa da representação na Câmara dos Deputados, e a primeira posição em 2002; no Senado, sua força relativa não cresceu da mesma forma, mas foi suficiente para deter a terceira maior representação nesta Casa. (KINZO, 2004, p.26)

Moisés (2005) lembra que, mesmo após o *impeachment* do primeiro presidente eleito no novo período constitucional pós 1988, as forças armadas mantiveram-se em suas funções e não houve quebra da normalidade institucional, demonstrando a estabilidade do novo regime. O mesmo autor afirma que a eleição de 2002 no Brasil demarcou um importante processo de alternância no governo desde o surgimento da república. Os eleitores brasileiros optaram por um partido de oposição às forças que até então governavam o país desde o começo do período democrático e que reivindicava, além disto, uma orientação "anti *establishment*;" ou seja, ideologicamente contrária aos três primeiros governos nacionais da era pós redemocratização.

> Com efeito, após dois períodos presidenciais marcados por significativos avanços no sentido de reorganização e de estabilização da economia – a exemplo da abertura comercial, do controle da inflação e da retomada do crescimento econômico, com tímidos mas efetivos efeitos sociais - os eleitores brasileiros optaram por uma alternativa de mudança que, além da troca de liderança à frente do Estado, deu origem a novas expectativas quanto ao papel do governo e das instituições democráticas. (MOISÉS, 2005, p.37)

A democracia brasileira garante sua legitimidade legal por meio da Justiça Eleitoral, que vem garantindo a lisura dos pleitos a partir da redemocratização. Mantendo-se independente de ideologias e postando-se de maneira idônea no panorama nacional e nas inúmeras regiões do país. As chances de fraude eleitoral foram praticamente excluídas a partir do ano de 2000; desde então, a implantação da urna eletrônica em 100% dos locais de votação é um modelo de organização e seriedade democrática em âmbito internacional (KINZO, 2004; MOISÉS, 2008).

A atual conjuntura econômica e social brasileira está ainda próxima demais, historicamente, para ser alvo de avaliação idônea; o governo petista foi reeleito nacionalmente em 2006 e ainda não encerrou seu segundo mandato à frente da presidência da república. As ações de governo, do ano de 2002 em diante, entendidas como *políticas públicas* federais vêm sendo alvo de críticas e apoios dos vários segmentos sociais, como predispõe a salutabilidade do jogo democrático em um Estado de direito. Há inúmeras contradições que frustraram as expectativas dos cidadãos, principalmente dos politicamente mais radicais, que acreditavam em mudanças drásticas baseadas na ideologia dos movimentos de esquerda dos quais o PT foi oriundo.

A economia, uma das maiores expectativas em relação a *novos rumos*, segue a mesma orientação dos governos anteriores, da *lógica de mercado,* o que "(...) dá ênfase à produtividade, à competitividade e à inserção internacional. Tal lógica, no entanto, vai na contramão de demandas societárias de maior participação política" (BAQUERO, 2008, p.386), o cimento social dos partidos de esquerda (PARASKEVA, 2004). Indicadores da miserabilidade nacional vêm melhorando graças a políticas de distribuição de renda consideradas por alguns setores como paternalistas, principalmente em relação aos mais pobres. Com isso, nos últimos anos houve um *achatamento* econômico da classe média brasileira que, através do pagamento de tributos, vem sustentando economicamente as ações de governo (BAQUERO, 2005). Em contraste a isso, ações como a abertura de cotas nas universidades para jovens afro-descendentes, o pagamento da dívida externa brasileira, expansão de políticas sociais de direitos garantidos na constituição – principalmente educação e saúde; são evidentes avanços históricos para a sociedade brasileira (FILHO, 2004; KINZO, 2004).

Autores como Baquero (2008), Moisés (2008), Kinzo (2004), Espiñeira e Teixeira (2008), entre outros, apontam como alternativa à estatização (no sentido de *estático)* da democracia, a fluidificação do aspecto social dos ideais democráticos, uma *pertença* da população para com a democracia em si. Para Baquero (2008) trata-se do capital social, para Moisés (2008) é a própria cidadania *per se*, Espiñera e Teixeira (2008) falam da necessidade do melhoramento de nível intelectual para a ampliação da participação política; independentemente da denominação, a democracia, em seu cunho social, depende diretamente ainda das *ações situadas* dos cidadãos que dela participam. Será demonstrado, ao longo deste trabalho, as

contradições e conquistas de cidadãos que formam suas vidas ao longo da própria escrita política e histórica do país, especificamente no tocante às questões relativas às políticas públicas de saúde mental – objeto de estudo desta pesquisa.

Considerando que o Brasil atravessou nos últimos quarenta anos o processo de passagem entre um regime totalitário, a partir de 1964 com o Golpe Militar, e a retomada da democracia nacional, com a Assembléia Nacional Constituinte de 1988, vejamos o reflexo de tal processo na produção científica em saúde, forte influência do texto constitucional *democrático-cidadão* de 1988.

Paim e Teixeira (2006) realizam uma análise cronológica da produção científica em saúde coletiva no Brasil nos últimos 40 anos. Revelam que, inicialmente, antes da década de 70, os temas planejamento e política eram pouco contemplados pelas produções científicas da época, sendo limitados às questões de orçamento, organização e legislação sanitária. A partir da década de 70, os autores dividem, com fins didáticos, a produção científica nacional em saúde coletiva em seis fases: a primeira fase (1974-1979) investiga determinantes econômicos, políticos e sociais de conformação de sistemas de saúde e formulação de alternativas; a segunda fase (1980-1986) de acordo com o momento histórico nacional, envolve a disseminação de propostas de reforma e aglutinação sociopolítica; a terceira fase (1987-1990) propõe o ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes dos projetos de Reforma Sanitária; a quarta fase (1991-1998), na tentativa de organização das reformas propostas pelo momento histórico anterior, busca a definição do papel de cada esfera de governo e a elaboração de instrumentos para esse relacionamento; a quinta fase (1999-2000) volta-se para a regulamentação do financiamento e para a organização dos modelos de gestão e atenção da rede regionalizada de serviços de saúde; a sexta e última fase proposta na análise dos autores (2001-2005), ainda que muito próxima cronologicamente para ser avaliada, tem em suas novas produções a busca da estabilidade do financiamento e o desenvolvimento da atenção básica. A produção científica em saúde coletiva acompanha o momento histórico-político vivido pela sociedade brasileira, respondendo aos anseios empíricos surgidos nas práticas clínicas, de gestão e de trabalho, auxiliando na busca de outras práticas e possibilidades para o processo de estabelecimento, consolidação e melhoria do Sistema Único de Saúde nacional.

A partir do exposto, o segundo pressuposto básico no qual esta pesquisa se alicerça é: **a democracia, apesar de ser uma poderosa ferramenta ideologizada nas mãos do Estado para a manutenção do "*status quo*", está garantida constitucionalmente e no arcabouço legal do SUS. É a possibilidade de exercício da *liberdade-cidadã* de agir coletivamente a partir da *praxis* social de todos os atores que compõem o cenário da saúde pública nacional.**

2.3 A reforma psiquiátrica brasileira

Nascida em meio aos movimentos de redemocratização do país, após a ditadura militar, a reforma psiquiátrica brasileira emergiu, incentivada diretamente pelas propostas da experiência italiana de desconstrução do aparato manicomial, a denominada Psiquiatria Democrática Italiana, calcada nas idéias de Franco Basaglia (NICÁCIO *et* al, 2005; AMARANTE, 2007).

Impulsionada pelas constantes denúncias de mortes e maus tratos às pessoas internadas nos manicômios brasileiros, o movimento antimanicomial encontrou terreno fértil junto ao apelo social movido pelos militantes de direitos humanos que denunciavam as barbáries cometidas nos porões da ditadura militar durante o período de repressão[12] (NICÁCIO *et al,* 2005; AMARANTE, 2008).

A ditadura brasileira dos anos 70 coroou o processo de mercantilização da loucura brasileira, ao incentivar as clínicas privadas a vincularem suas formas de financiamento à proporcionalidade do número de atendimentos. Enquanto isso, a psiquiatria pública era levada a condições degradantes nos manicômios estatais do país, demarcando uma clara divisão: uma psiquiatria mercantilizada, direcionada à assistência dos trabalhadores que contribuíam com a previdência social e uma

[12] No ano de 1964 o governo brasileiro é assumido pelos militares através de um golpe de Estado. Alegando a proteção da segurança e da soberanidade nacional frente a *ameaça comunista*, orientados a partir da ótica do governo dos Estados Unidos da América, *o* regime militar assim justificou o cerceamento da imprensa nacional; a cassação, prisão, tortura ou exílio dos principais líderes políticos, estudantis e culturais do país; e, finalmente, a adoção de políticas públicas onerosas e diretamente vinculadas à iniciativa privada nas principais áreas de atuação ministeriais (educação, saúde e previdência social). O regime militar terminaria apenas na década de 80, com as primeiras eleições diretas para Presidente da república após a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (ARRUDA e PILETTI, 1994).

assistência carente e perversa, voltada aos desajustados e alijados do regime produtivo nacional, não-contribuintes (DELGADO, 1987).

Entre os anos de 1973 e 1976, o percentual de internações psiquiátricas no território nacional cresceu cerca de 350%. No ano de 1977, o fluxo de recursos para a rede psiquiátrica hospitalar era de 96% do montante total destinado às questões de saúde mental, apenas 4% dos recursos foram destinados aos poucos ambulatórios em funcionamento naquele ano. Os técnicos do Estado admitem, de acordo com seus critérios, que cerca de **195.000 internações foram desnecessárias** naquele ano. Entre os anos de 1965 e 1979 o número de hospitais psiquiátricos privados praticamente triplicou. (NICÁCIO *et al*, 2005).

A classificação realizada durante a admissão na maioria dos grandes manicômios nacionais no começo do século XX: *primeira classe* – pessoas de muitas posses, tratamento diferenciado; *segunda classe* – pessoas de posses razoáveis, tratamento intermediário; *terceira classe* – indigentes, ex-escravos, imigrantes, etc. (ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Passados quase um século de história, a estatização da matriz psiquiátrica segundo o modelo biomédico seguiu a mesma lógica, independente do estado da arte da ciência psiquiátrica naquele momento histórico.

A experiência italiana capitaneada por Basaglia na década de 70 será a referência fundamental para os mais importantes processos brasileiros de reforma psiquiátrica, como a exitosa experiência da cidade de Santos entre a virada das décadas de 80 e 90 (AMARANTE, 2007).

Impulsionada pelos movimentos sindicais e sociais insurgentes a partir da década de 70 e início da década de 80 a luta pela extinção dos manicômios no país afirmou-se como movimento social, coletivo e plural. (AMARANTE, 2008)

Para Amarante (2008) a reforma psiquiátrica brasileira pode ser dividida em três etapas principais, que contemplam o âmbito nacional do movimento: a primeira, que o mesmo denomina como *trajetória alternativa*, na qual a reforma surge como opção em relação ao atendimento em saúde mental privado no final da década de 70; a segunda, que Amarante denomina *momento institucionalizante*, em que as reformas psiquiátrica e sanitária adentram às gestões em conluio com o movimento denominado *Nova República*, resultante da redemocratização do país no final dos anos 80; e, finalmente, a terceira fase definida pelo autor como *desinstitucionalização* do processo, em que o movimento retorna às pequenas

práticas quotidianas dos serviços de atendimento agora criados, buscando a revisão/reinvenção de tais práticas e efetivamente buscando a quebra do paradigma da loucura, reconhecendo-a não apenas como processo patológico suscetível a tratamento medicamentoso, mas também a considerando um fenômeno social que, como tal, merece discussão, problematização e desconstrução.

Tonini (2005, p.33) oportunamente utiliza a afirmação de Franco Basaglia de que "a doença mental deveria ser estrategicamente separada da noção de loucura, esta última entendida como contradição humana", para discutir os mecanismos do planejamento estratégico em saúde mental, que funde erroneamente loucura/desrazão com doença mental.

Uma das principais afirmativas teóricas apontadas por Basaglia, continuamente utilizada como balizador do processo reformista brasileiro, é a proposta de colocar a doença psiquiátrica entre parênteses, ou seja, centrar o foco da atenção em saúde mental à biografia única de cada indivíduo. Inversamente ao pensamento reducionista, que foca suas ações apenas na doença, ignorando a existência do sujeito, único em sua existência (AMARANTE, 2008).

Franco Basaglia é para a Reforma Psiquiátrica brasileira o dispositivo disparador de um processo social que vinha sendo *ensaiado* ao longo da década de 1970 no Brasil. A primeira visita de Basaglia ao país ocorre no final da década de 70, momento em que "diversos movimentos, rompendo o silêncio [imposto pela ditadura militar], se espalharam no cenário nacional, compondo o processo de luta pela redemocratização" (NICÁCIO *et al*, 2005, p.196). O ano anterior à vinda de Basaglia para o Brasil havia sido marcado por um Congresso Brasileiro de Psiquiatria historicamente peculiar pelo viés político das discussões, rompendo com o caráter tecnicista dos eventos anteriores. Marcando o período também houve a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que protagonizaria nos anos seguintes papel fundamental nas proposições reformistas (AMARANTE *et al*, 1998).

A década de 80 irrompe no Brasil em ebulição social. A insatisfação da população frente à incapacidade dos militares na condução da economia do país soma-se aos apelos dos movimentos de direitos humanos relacionados à anistia política, violência contra estudantes, pessoas desaparecidas e exilados políticos. Os movimentos de trabalhadores em saúde incitam a população em relação ao direito sanitário, em conjunto com denúncias constantes das condições subumanas que

neste momento extrapolam os muros dos manicômios através da mídia. O direito à saúde e o respeito à vida somam-se ao movimento pelas “diretas já!” na sociedade civil, que exigia o sufrágio universal para a escolha de seus representantes políticos (NICÁCIO *et al,* 2005; ESCOREL *et al*, 2006).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco político para as bases do texto constitucional que viria a consolidar o sistema de saúde único, universal, integral e equitativo. O ano de 1988 marca a história brasileira com a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) e a promulgação da 8ª Constituição Brasileira, a chamada “constituição cidadã”, uma referência ao novo direcionamento da Carta Magna nacional. As primeiras eleições diretas brasileiras pós-ANC elegem o presidente Fernando Collor de Mello, que vetaria muitos artigos da nova legislação de saúde para aprová-la; a Lei Complementar nº 8.080/1990, por ele sancionada, regulamenta o Sistema Único de Saúde (ESCOREL *et al*, 2006).

Apesar de confundirem-se em meio à história da reforma em saúde brasileira do final do século XX, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica pós-ANC tomam rumos bastante diversos. Enquanto os reformistas sanitários adentram à máquina do Estado para dar corpo à suas propostas, em parte respaldadas pelo texto constitucional e pela Lei Complementar nº 8.080/1990, os integrantes dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica seguem em sua maioria à parte da máquina estatal neste primeiro momento do SUS (FURTADO; CAMPOS, 2005).

> Ainda que pertençam a um movimento de raízes comuns, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica seguiram caminhos paralelos na última década [1990-2000], esboçando uma certa distância disciplinar entre os dois campos. (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006, p.1054)

A legislação reformista em saúde mental ocorre de maneira inversa à reforma sanitária. O deputado Paulo Delgado propõe a legislação de reforma do modelo de atenção psiquiátrico nacional em 1989. O projeto de lei atravessou um longo período de tramitação no Senado Federal ao longo de toda a década 90, sendo repassado à Câmara Federal, pois sofreu alterações, apenas no ano de 1999. A sanção presidencial à legislação que “redireciona o modelo assistencial de saúde mental e dá outras providências” ocorre apenas em 06 de abril de 2001, sob o nº 10.216 e fica conhecida como a lei de reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001; NICÁCIO *et al*, 2005).

A inversão se dá a partir da constatação de que o movimento de reforma sanitária aprova a legislação que regulamenta o SUS e depois disso *parte para a ação* nos estados e municípios, enquanto que ao longo da década de 80 e 90, mesmo sem a legislação nacional de reorientação do modelo assistencial, a reforma psiquiátrica ia ocorrendo na *praxis* de muitas localidades no país.

Somam-se, neste período anterior à legislação nacional de reforma psiquiátrica, experiências exitosas como a criação de serviços substitutivos, no início da década de 90, na cidade de Santos no estado de São Paulo, a ascensão de governos municipais compromissados com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a transformação das propostas das Conferências Nacionais de Saúde Mental em leis estaduais e municipais (BORGES, 2007).

Reforma certamente inacabada, porém, arraigada o suficiente para não retroceder ao estágio inicial da exclusão social dos manicômios, observada nas internações perpétuas presentes em décadas anteriores.

> Compreendida como processo social, a reforma é um percurso em aberto, em movimento, rico de inovações. Inscreve-se nos avanços e impasses do conjunto das políticas públicas orientadas para a produção de direitos e para o enfrentamento das desigualdades sociais [...] (NICÁCIO *et al*, 2005, p.210).

A aprovação da legislação federal que regulamenta os dispositivos alternativos ao tratamento manicomial reflete a mudança de curso histórico possibilitado pelas propostas do movimento de reforma psiquiátrica nacional. Grande parte das reivindicações sociais de décadas anteriores dos militantes por alternativas ao manicômio hoje integram a legislação brasileira (BORGES, 2007). Ainda assim, há que se criticar sempre, entendendo o processo dialético como necessário. Apesar da reorientação do modelo assistencial, a nova legislação federal frustrou uma das maiores expectativas do movimento antimanicomial brasileiro: não propôs uma política nacional de **fechamento dos manicômios existentes no país**. Ainda que muito próximo, historicamente, para ser avaliado, é possível perceber de forma empírica que tal dispositivo legislativo dividiu o movimento de saúde mental que, em parte, no ano de 2001, incorporou-se ao Estado em cargos do Ministério da Saúde.

Há que se observar a *divisão* do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro por dois prismas: o primeiro, relacionado ao movimento social em si, concretizado nas ações de seus atores constituintes, quer sejam eles integrantes do movimento

de luta antimanicomial ou gestores em saúde mental inseridos no aparelho do Estado, entendido este como um todo que compreende desde o Ministério da Saúde até os gestores municipais e coordenadores de serviços alternativos; o segundo prisma de análise que propomos refere-se à legislação nacional, aos seus avanços e contradições, às suas possibilidades e entraves, indo, desde a sua nova política de financiamento e incentivo à abertura de serviços alternativos, até a sua omissão referente ao fechamento dos manicômios e à forma de contratação das novas equipes dos serviços substitutivos.

Comecemos pelo primeiro prisma: a partir do momento em que a política reformista, pelo menos parte dela, adentra o aparelho do Estado, principalmente o nacional, esta sofre determinados desgastes, ajustes *negociados* para a sua aprovação nas diversas instâncias decisórias da política nacional – Ministério da Saúde, Assembléia Legislativa, Senado Federal. A vivência do processo de negociação dos mencionados ajustes determina aos atores sociais inseridos no Ministério da Saúde, anteriormente reconhecidos apenas como militantes do movimento de luta antimanicomial, um horizonte de possibilidades limitado em relação ao que possuíam anteriormente à assunção aos cargos de gestão. Este novo e limitado *horizonte de possibilidades* não é compartilhado com os antigos e ainda ativos parceiros sociais dos movimentos de luta antimanicomial, por inúmeros motivos – políticos ou práticos, provocando uma cisão, uma clara diferenciação de tais *horizontes de possibilidades*. O resultado da diferenciação entre gestão e movimento social determina um jogo semelhante ao de *situação* e *oposição,* vivenciado pela esquerda brasileira na década de 90. Como situação nos dois governos federais seguintes, a esquerda demonstra claramente a semelhança entre as duas ao longo da década ainda em curso, confundindo seus próprios militantes, não socializados em relação aos *horizontes de possibilidades* de seus representantes. Independente do julgamento de valores políticos ou morais em jogo, é necessário ressaltar que a *visão* dos gestores não é *privilegiada* por seus cargos, mas sim, *diferente* em relação às suas possibilidades quando comparadas à visão dos movimentos sociais, distante das negociações inerentes aos processos de gestão.

Os movimentos sociais seriam então tacanhos? Certamente a resposta é negativa. A pouca circulação de informações por parte dos atuais gestores em saúde mental, a divulgação apenas de *bons resultados* relacionados aos novos

serviços implantados, a, praticamente, inexistente circulação dos cargos de gestão em relação às pessoas que os ocupam – seguindo a lógica coronelista de *indicação política*, são gritantes indicadores da dificuldade de promover aos atores sociais integrantes dos movimentos de luta antimanicomial um *horizonte de possibilidades* privilegiado como o dos atuais gestores em saúde mental. Encerrando essa problematização, lembramos que os atores sociais aqui indicados como ora da *gestão*, ora dos *movimentos de luta antimanicomial* possuem em suas biografias o êxito da destituição do poder do manicômio como centro cuidador da loucura, promovendo uma revolução na matriz de cuidados em saúde mental, até então inédita no país.

O segundo prisma analítico refere-se à questão legislativa da reforma e sua relevância na atual cisão vivenciada pela reforma psiquiátrica brasileira. A legislação nacional é uma conquista, a ser relembrada historicamente como um marco da nova orientação de cuidados referentes à loucura no sistema público de saúde brasileiro. Apesar disso, sua lógica de financiamento, tanto para a abertura de novos serviços ditos *substitutivos* em relação ao manicômio, quanto à sua subsistência econômica, deixa a desejar em relação a sua razão de criação. O incentivo fornecido pelo Ministério da Saúde para a abertura de serviços substitutivos – Centros de Atenção Psicossocial, *Portaria Ministerial 336/02*, normatiza a criação de novos serviços e possibilitou a abertura de mais de 1000 CAPS em todo o território nacional (BRASIL, 2007b)[13]. A subsistência financeira de tais serviços é garantida pela política nacional através das APAC's – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, instrumento balizado pela freqüência do usuário no serviço e seu diagnóstico psiquiátrico. Tanto o incentivo fornecido para a abertura de novos serviços quanto sua forma de subsistência posterior apesar de serem destinados ao *cuidado com orientação psicossocial*, ainda centram sua lógica em *normatização*, *produtividade* e *diagnóstico médico-psiquiátrico*. A contraditoriedade entre a atenção psicossocial e suas atuais formas de financiamento ministerial são uma das principais gêneses de dissenso legislativo da reforma psiquiátrica brasileira, cindindo a prática social renovadora da reforma psiquiátrica de suas formas de gestão pública.

[13] Ainda que não divulgado oficialmente em relatório de gestão, sabe-se que o número de Centros de Atenção Psicossocial no país credenciados pelo Ministério da Saúde ultrapassou a marca de 1200 no ano de 2008.

Oliveira (2007) realizou um estudo analisando duas equipes de CAPS na região do estado do Mato Grosso e evidenciou as presentes contradições que abarcam praticamente todo o território nacional: a precariedade das formas de contratação das equipes de saúde mental – no estudo 16% dos profissionais eram efetivos, enquanto que 84% eram trabalhadores temporários; a precária formação dos profissionais – em sua maioria generalistas, não respeitando a necessidade de especialistas em saúde mental; a gestão de tais serviços é acumulada às funções profissionais, não prevendo gratificação para tal; o processo de trabalho é médico-centrado, demonstrado pela prévia assinatura das APAC's por parte dos profissionais médicos e de sua menor carga horária e maior remuneração em relação aos outros profissionais. Tais contradições caracterizam um cenário nacional que compõe a dicotomia atual entre a gestão nacional de saúde mental e a *praxis* enfrentada e realizada pelas equipes, raramente compostas por militantes da área da saúde mental, inseridas no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica através unicamente do mercado de trabalho, ampliado pela abertura dos dispositivos alternativos ao manicômio, alienadas em relação ao processo maior, existente nacionalmente.

Kantorski e Silva (2001), ao analisarem a reforma psiquiátrica, a partir do cunho legislativo do processo, demonstram, baseadas em Rotelli (1991), que o processo italiano exemplifica a afirmação empírica de que apenas a legislação não modifica a estrutura psiquiátrica existente, já que na Itália a lei federal de reforma psiquiátrica foi aprovada em 1978 permanecendo por **dez anos na desaplicação,** sendo o movimento liderado por Franco Basaglia, concentrado e isolado na região de Trieste, diferindo de todo o resto do território italiano durante esse período**.** O exemplo italiano demonstra que a reforma psiquiátrica concerne também a questões de poder e de divergências sociais de todos os níveis (profissional, interpessoal, familiar, regional, político e ideológico).

Face aos argumentos expostos, proponho o terceiro pressuposto básico deste estudo: **o processo social de elaboração, aprovação e implantação de legislações referentes à questão da doença mental, no bojo do processo da reforma psiquiátrica brasileira, contribui para estabelecer um eixo norteador das políticas públicas referentes ao tema, apesar de não garantir o respeito às concepções que as originaram. Ao normatizar o inédito e o reinventivo, que caracterizam a clínica psicossocial, as práticas legislativas garantem direitos,**

em contrapartida tolhem a criatividade que caracteriza a desconstrução do modelo manicomial.

Partindo da afirmação de que as leis federais em vigência no país foram resultado do desenvolvimento do movimento da luta antimanicomial (AMARANTE, 2007), considerando os processos de conquista das leis como resultantes de diferentes movimentos da sociedade civil, explicito alguns dos questionamentos que permeiam os processos de implementação de tais leis federais na esfera municipal: como foi o processo de implantação da Lei Municipal de Saúde Mental das cidades que assim o fizeram, seguindo as novas orientações nacionais? A criação dos artigos das referidas leis foi coletiva, plural e horizontal como se concebe o ideal democrático de uma república de estados federados como o Brasil? Como tais leis incidem no quotidiano dos usuários, dos profissionais de saúde mental e dos gestores municipais? O planejamento da gestão municipal em saúde mental utiliza a legislação local para embasar o plano de ação municipal em saúde mental?

O movimento gerado para a aprovação de leis municipais de saúde mental consiste em questões coletivas, plurais, e que se inserem no contexto mais geral das políticas de saúde coletiva no país. Este processo implica numa flexibilização das relações de poder, considerando a necessidade da participação de gestores, usuários, familiares e trabalhadores de saúde. A inclusão de diferentes atores sociais neste cenário requer uma certa horizontalização das relações, refletindo diretamente, tal processo, nas práticas de trabalho.

Neste contexto, de um município do Rio Grande do Sul que possui a reforma psiquiátrica legislada há mais de uma década, o presente estudo propõe a seguinte questão de pesquisa:

Qual foi o processo democrático que marcou a promulgação e a implementação de uma Lei Municipal de Saúde Mental em relação aos atores sociais envolvidos, seu exercício de cidadania e suas possibilidades frente às contradições da legislação reformista em saúde mental?

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar o processo democrático de construção, implantação e a aplicabilidade da Lei Municipal de Saúde Mental do município de Alegrete no estado do Rio Grande do Sul frente às contradições do processo social de reforma psiquiátrica brasileiro.

Objetivos Específicos:

- Discutir o processo social e político de implementação da lei municipal de saúde mental do município de Alegrete no estado do Rio Grande do Sul;

- Analisar os processos democráticos na implementação da Lei Municipal de Saúde Mental de Alegrete;

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Caracterização do estudo

Para contemplar o objetivo proposto para esta pesquisa e seus respectivos desdobramentos, propõe-se a abordagem qualitativa, com o intento de aproximar-se ao máximo do objeto pesquisado. O desenvolvimento do olhar qualitativo em relação à implantação e aplicabilidade da Lei Municipal de Saúde Mental de Alegrete, não em relação ao corpo textual da Lei propriamente dito, mas em relação a suas ressonâncias na sociedade local – usuários, trabalhadores em saúde e gestores/legisladores, demonstra-se como o caminho metodológico mais indicado a ser seguido. O evento a ser pesquisado é uma produção social e histórica, inserida em um contexto amplo que deve ser, necessariamente, considerado. Estudar o objeto proposto por esta pesquisa como fenômeno isolado produziria um produto de pesquisa inócuo e desprovido de sentido.

A abordagem qualitativa busca a compreensão do contexto onde o fenômeno ou objeto da pesquisa ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente, propiciando assim o conhecimento aprofundado do evento pesquisado (VÍCTORA *et al*, 2000).

Os eventos envolvidos nos fenômenos ditos sociais, sejam eles de que natureza forem, são prenhes de *significados* e de *intencionalidades*, estes sendo inerentes à transformação de atos, relações e das estruturas sociais propriamente ditas, construídas e transformadas pela própria condição humana (MINAYO, 2006).

Portanto, justifico a perspectiva metodológica qualitativa como essencial para a compreensão do fenômeno escolhido para este estudo.

4.2 Local do estudo

Propõe-se que o local de estudo seja a cidade de Alegrete, no Estado do Rio Grande do Sul, escolhida de acordo com os seguintes critérios: ser um município do estado do Rio Grande do Sul com mais de 50.000 habitantes (Alegrete possui cerca de 78.000 habitantes segundo o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2007); ter aprovada a Lei Municipal de Saúde Mental há mais de 10 anos.

Alegrete é uma cidade que possui em sua história a marca militar e agropecuária. Pela proximidade à fronteira do país, é uma cidade militarmente estratégica, explicando-se por esta razão o fato da cidade possuir cinco unidades militares do exército nacional. A economia baseia-se, principalmente, na pecuária e no cultivo do arroz, em extensas áreas do município. O município possui 7.800km^2 de área de extensão territorial, caracterizando-se como o maior município em extensão de território do estado do Rio Grande do Sul. A região é considerada "de fronteira" e, para Neto e Bezzi (2008), região "é um foco de identificação ou aproximação simbólica do lugar por determinado grupo, onde o espaço dá a sua identidade" (p.136). As variadas regiões do estado do Rio Grande do Sul e seus movimentos migratórios históricos dão a entender que existem vários "tipos de gaúchos", que mantêm vínculos comuns ligados ao nativismo e ao tradicionalismo.

A população de Alegrete pertence ao grupo da ocupação sudoeste do estado, que se deu, basicamente, por portugueses, influenciados diretamente pela colonização espanhola dos países vizinhos. "A fronteira e as guerras pela posse da terra não impediram a influência mútua entre as culturas portuguesa e espanhola que, por sua vez, agregaram códigos culturais dos nativos que já habitavam o Pampa" (NETO e BEZZI, 2008, p.142). A relação cultural entre estes três povos – portugueses, espanhóis e *gaúchos* nativos do pampa, originou o gaúcho do Rio Grande do Sul. Há a forte influência da gastronomia nativa, concretizada no churrasco e na infusão da erva-mate com água quente para o chimarrão; destacando-se também os códigos culturais imateriais como a fala repleta de expressões típicas, oriundas, basicamente, da língua portuguesa e espanhola.

4.3 Aspectos éticos

Primeiramente foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal da Saúde de Alegrete para a realização do estudo, através de contato prévio com o campo de estudo. A seguir, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para apreciação. A coleta de dados deu-se somente após a aprovação do referido Comitê

de Ética em Pesquisa, o que ocorreu em 26 de novembro de 2008 (Anexo F). Para a coleta de dados foram respeitadas as normas da Resolução 196 de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas com seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996). As pessoas convidadas a participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) que foi lido, conjuntamente com o pesquisador, antes da coleta de dados através de entrevista, permanecendo uma cópia do referido documento com o participante da pesquisa. Os usuários elencados como sujeitos da pesquisa não apresentaram comprometimentos suficientes ao ponto de necessitarem da autorização prévia de familiares. Nestes casos, em que a família assume a *curatela* do indivíduo através de ação judicial, acreditamos que a pesquisa ficaria prejudicada, já que esta alicerça sua base teórica na capacidade-cidadã inerente ao indivíduo em pleno exercício de seus direitos, enquanto civil. A isso, somamos nossas considerações de que a *curatela*, apesar de ser um dispositivo legal, também é contrária às nossas concepções teóricas acerca do indivíduo em sofrimento psíquico.

Os documentos utilizados para a pesquisa são de domínio público e não necessitaram de autorização prévia para sua reprodução, desde que citada a fonte e a data de publicação, aspecto respeitado por esta pesquisa.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir dos seguintes instrumentos: observação, análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Inicialmente, foi realizada a exploração do campo de estudo, sendo realizado contato prévio com o campo, visita aos serviços da rede de saúde mental, proposição do estudo, busca dos documentos compatíveis com os objetivos da pesquisa e identificação dos sujeitos do estudo, agendando as entrevistas.

A observação foi realizada em seis turnos alternados, aleatoriamente, de três horas cada, totalizando 18h. O pesquisador utilizou um diário de campo a fim de registrar suas impressões obtidas nos turnos de observação.

Lüdke e André (1986) lembram, ao discorrer sobre as características básicas da pesquisa qualitativa, que esta “possibilita um contato pessoal e estreito do

pesquisador com o fenômeno pesquisado" (p.26), o que consideramos fundamental para o tratamento dos dados colhidos e a necessária relação com o campo de pesquisa proposto para o estudo.

Os documentos utilizados pelo presente projeto de pesquisa foram: atas de reuniões relevantes ao tema, registros da Câmara Municipal de Vereadores de Alegrete e a Lei Municipal de Saúde Mental de Alegrete.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas (Anexos B,C,D,E), sendo registradas por equipamento de áudio e posteriormente transcritas na íntegra, possibilitando a organização dos dados coletados para análise. Optou-se por diferentes roteiros de entrevista, pelo entendimento de que o processo a ser estudado é coletivo, formado por diversos atores sociais, e pretendeu-se explorar ao máximo a coleta de dados junto a esses sujeitos. Os anexos apresentados são roteiros para a entrevista, servindo de instrumento para o pesquisador conseguir contemplar os objetivos da entrevista. Por se tratar de diferentes sujeitos, em situações sociais diferentes, o pesquisador esclareceu as dúvidas referentes às questões apresentadas, que não foram elaboradas de maneira formal e descontextualizada. Elas estavam inseridas em um contexto de diálogo entre o entrevistador e o sujeito da pesquisa. Seguiu-se as orientações de Minayo (2006):

> Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (...) [e a avaliação da mesma] precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante. (p.261-263)

Os sujeitos entrevistados na pesquisa foram elencados de acordo com a complexidade do fenômeno estudado e buscaram contemplar os vários atores sociais que compõem a dinâmica do Sistema Único de Saúde do Brasil:

- Gestores: entrevistou-se os atuais gestores de saúde do município de Alegrete, o secretário municipal de saúde e o coordenador do sistema de saúde mental (Anexos E,D);
- Trabalhadores em Saúde Mental: através do levantamento inicial realizado pelo autor, soube-se que existiam 27 trabalhadores em saúde mental no município, destes, 5 participaram do processo de implantação da Lei Municipal de Saúde Mental, sendo estes os

selecionados para a entrevista pelo objeto de estudo em questão (Anexo C);

- Usuários: foram selecionados dois dos usuários indicados pelos trabalhadores entrevistados a partir de sua participação no processo social estudado (Anexo B).

Os sujeitos do estudo autorizaram a realização da entrevista mediante consentimento livre e esclarecido, conforme mencionado anteriormente. Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

Optou-se, para a manutenção do sigilo dos entrevistados, pelo uso de pseudônimos. Os nomes ***PESSOA***, ***BLAKE***, ***FLORBELA***, ***WHITMAN***, ***ANJOS***, ***CAEIRO***, ***RILKE***, ***REIS*** e ***GREGÓRIO*** substituem os nomes reais das pessoas ouvidas por esta pesquisa em sua fase de coleta de dados. Sua grafia no texto sempre aparecerá em destaque (negrito, caixa alta e itálico) para que possam ser diferenciados das citações de autores reais. Minha formação pessoal passa diretamente pela leitura dos poetas aqui utilizados como pseudônimos e também ilustra a capacidade humana de reinventar a sua e outras existências através da arte.

A poesia possui a capacidade de mutar-se, indo desde sonetos e tercetos – uma rígida formalidade estética e lingüística – até ao simples e caótico jogo de frases e palavras soltas, possibilitando ao leitor organizá-las, reinventando a obra infinitamente. Esta forma artística, em conjunto com a pintura, a escultura, o teatro, a fotografia, a literatura e o cinema – e quaisquer outras manifestações da arte, representam o que é ser humano; na essência mais profunda que tais palavras possuem.

O autor Eduardo Galeano, na obra *El Libro de los Abrazos*, cita um neologismo dos pescadores da costa colombiana que, buscando um termo que definisse a *linguagem que diga a verdade,* expressaram o próprio significado da arte e seus autores, os homens: o termo ***sentipensante*** representa graficamente a existência humana e, para Galeano, serviu de inspiração para entender o movimento de cisão que o processo de ensino nas escolas e igrejas faz ao separar *mente* e *corpo*, *razão* e *coração*. Para este trabalho o termo preenche um vazio da língua portuguesa que explicaria em apenas uma palavra o uso de nomes de poetas como pseudônimos de atores sociais: humanos, por isso seres ***sentipensantes***. Ninguém melhor que eles para fornecer os pseudônimos necessários para a manutenção do

sigilo da ética em pesquisa e, concomitantemente, demonstrar a que se propõem as minhas escolhas como pesquisador.

4.5 Análise dos dados

O presente estudo utiliza o referencial teórico marxista para orientar todos os momentos da pesquisa. Desde a elaboração do projeto até o tratamento dos dados colhidos o referencial escolhido é o materialismo histórico e dialético.

A intenção é a exploração máxima da triangulação entre os três métodos de coleta de dados: entrevistas, observação e levantamento de documentos relevantes. Para Denzin (1973), toda a triangulação de métodos e técnicas favorece a qualidade e a profundidade das análises.

O método científico calcado nos conceitos de Karl Marx auxiliou as ciências humanas a compreenderem que as mudanças históricas não resultam de ações súbitas e espetaculares de alguns indivíduos ou grupos de indivíduos, mas sim de lentos processos sociais, econômicos e políticos (CHAUI, 1984).

Marx formou sua teoria a partir principalmente das concepções de Hegel acerca do homem e as conseqüências de sua una capacidade de intervir na realidade: “o sujeito humano é essencialmente ativo e está sempre interferindo na realidade” (KONDER, 1982, p.22).

O objeto deste estudo, a Legislação Municipal de Saúde Mental de Alegrete, é uma produção social, histórica e uma conseqüência *real* da dialética histórica dos processos nacionais de reforma psiquiátrica no Brasil.

A concepção marxista possui uma teoria científica da história, denominada o **materialismo histórico** e uma teoria filosófica também da história, o **materialismo dialético**. O materialismo histórico é a demonstração de que o *real* é passível de transformação pela ação humana. O materialismo dialético é a abordagem metodológica para a compreensão deste *real*, busca captar os vetores desse real – dinamismo, historicidade, provisoriedade, transformação; e, nessa captação, apreender os processos da prática social empírica dos indivíduos em sociedade e suas lutas de classes produtivas (EGRY,1994; MINAYO, 2006).

As relações de trabalho e os meios de produção têm papel fundamental nestes processos. O marxismo permite compreender que os fatos humanos são

historicamente determinados e que o conhecimento e análise de tais fatos permite o uso racional destas informações na busca de melhorias e aprimoramentos de tais processos (CHAUI, 1995).

Nenhuma análise social relevante pode ser a-histórica. As contradições presentes no passado são o motor dos acontecimentos presentes e tênues linhas para se pensar o futuro. A história é feita de, por e para os homens e as relações sociais dinamizam os fatos históricos. “Na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade” (MARX, 1974, p.135).

Certamente a economia possui um papel fundamental nesse processo, provocando abalos e movimentações em todos os aspectos da vida organizada em sociedade: artes, normas (aspectos jurídicos), crenças (aspecto religioso) e valores morais (GIOVANNI, 1984). Acredito, em concordância com a opção filosófica para este trabalho, que as contradições presentes na existência social humana, geradas a partir das relações sociais, são o próprio motor da história.

É possível alcançar uma maior compreensão dos fenômenos sociais através da análise de múltiplos prismas organizados em um discurso dialético: ao considerar os aspectos históricos de construção da relação entre as diferentes classes sociais; ao entender que a gênese das contradições entre classes sociais são as relações de produção; ao levar em consideração para análise o todo e não apenas parte do objeto de estudo; ao não isolar o fenômeno e considerá-lo sempre como parte de um todo, histórico e socialmente construído. Ao empreender a construção dialética em sua forma escrita, a compreensão e a capacidade de análise do estudo certamente se alargarão, senão atingindo a totalidade do objeto de estudo (o que talvez seja humanamente impossível) ao menos aproximando-se em grande parte de sua complexidade. Para a construção dialética, há que se considerar, necessariamente, a historicidade do objeto estudado, em todas as suas contradições e vetores (ANDERY *et al*, 1988).

É importante ressaltar que

> [...] a dialética não dá ‘boa consciência’ a ninguém. Sua função não é tornar determinadas pessoas plenamente satisfeitas com elas mesmas. O método dialético nos incita a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que ‘ainda não é’ (KONDER, 1982, p.84).

Portanto, justamente por serem os homens os investigadores científicos, possuírem valores e vontades, e estes serem construídos a partir de sua história e da coletividade na qual estão inseridos, não há conhecimento asséptico. O pesquisador influencia sua pesquisa já a partir da escolha do objeto a ser estudado, da mesma forma que o objeto estudado age sobre o pesquisador (GARCÍA, 1989).

O ser humano é histórico, social e protagonista de sua história, influenciando diretamente nos rumos desta. Portanto, é necessário compreender o papel que a capacidade humana de produção a partir da intervenção na natureza possui nesse processo. A isso chamamos *trabalho*, e

> [...] foi com o trabalho que o ser humano 'desgrudou' um pouco da natureza e pôde, pela primeira vez, **contrapor-se como *sujeito* ao mundo dos objetos naturais** (KONDER, 1982, p.24, grifos nossos).

Marx dedica-se ao entendimento da história, estrutura e dinâmica da sociedade através de uma delicada e minuciosa análise social, para a qual este filósofo dedicou a vida a desenvolver um método científico que atingisse seus propósitos. Não chegou a produzir nenhuma obra específica sobre sua metodologia, mas a mesma emerge de sua produção literária claramente a ponto de tornar-se um método de construção científica. Método este que historicamente seria denominado *Materialismo Histórico Dialético*. Fruto do desenvolvimento de suas pesquisas relacionadas ao entendimento do funcionamento da sociedade, pode ser denominada também como *concepção marxista da sociedade*. Incutiu na análise dialética hegeliana a necessidade da *fluidificação* de seus conceitos, no sentido de que estes deveriam fluidificar-se entre os meandros sociais e não permanecer na realidade etérea do pensador. Marx propunha a *fluidificação* dos principais pressupostos necessários ao método materialista: a historicidade, a totalidade, a inter-relação, a alienação a partir da atividade laboral e a luta de classes entre os detentores dos meios de produção e os trabalhadores (KONDER,1982).

> O capitalismo promovia a concentração de riquezas, acentuava as desigualdades sociais. Explodiram revoluções, ora inspiradas pela burguesia ora pelo proletariado. Mas a soberania da razão não se abalava. Nem Kant com suas 'críticas à razão' conseguiu virar a mesa. Pelo contrário, os filósofos continuavam firmes, voltados sobre si, olhando atentamente para seus próprios umbigos racionais. Mas, num tempo em que as promessas de bem-estar para todos fracassavam e a degradação das condições de vida aumentava, surge Marx e diz: 'a questão se cabe ao pensamento humano atingir uma verdade objetiva não é teórica mas prática'. Em outras palavras, **não basta interpretar o mundo – é**

> **necessário transformá-lo**. Instaura-se, assim, o tribunal da práxis. Desviada de seu vôo incessante em torno das idéias, do espírito e da consciência, a filosofia baixa à terra para analisar como a sociedade garante sua sobrevivência material. Marx coloca o homem racional-idealista de cabeça para baixo. E afirma: **'não é a consciência dos homens que determina sua existência, mas, ao contrário, é a sua existência social que determina a sua consciência'** (COTRIM, 1996, p.253, grifos nossos).

Para Hegel, que primeiramente propôs a contradição no método dialético, esta vai além da simples concepção metafísica da *contradição lógica*. "A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar" (KONDER, 1982 p. 49). Para atingir tais espaços, Marx propõe a *fluidificação dos conceitos* apontados por Hegel: acreditava que Hegel era um *idealista* e ele próprio um *materialista*, não aceitando a realidade asséptica e idealizada pelo seu predecessor. Para Marx, a totalidade da realidade era muito mais complexa, histórica e construída entre as vidas e vindas resultantes das lutas de classes estabelecidas pelos processos de produção e trabalho. Por isso a expressão do filósofo alemão de "virar o homem racional-idealista de cabeça para baixo". Portanto, os pressupostos para análise dialética necessariamente haviam que transitar na realidade corrente, não dialogando apenas com as funções *naturais* do homem. Marx acreditava que Hegel pintava um quadro excessivamente abstrato em suas teorias, que se distanciava da totalidade da história humana (KONDER, 1982).

Como já mencionado anteriormente, provavelmente não seja possível contemplar a todos os vetores existentes na motricidade da história em uma só pesquisa, mas considero que a metodologia proposta por Marx é a mais abrangente no sentido da compreensão da dinâmica dos fenômenos sociais propostos para este estudo.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O seguinte capítulo trata da análise e discussão dos dados coletados por esta pesquisa à luz do referencial teórico previamente apresentado. Serão inseridas as falas das entrevistas ao longo do texto, apresentadas por pseudônimos, corroborando e enriquecendo a descrição do processo histórico da saúde mental alegretense. Optou-se pela ordem cronológica dos fatos como organizador de uma linha de raciocínio, o que não impediu a realização de idas e vindas ao longo do período analisado. Inicia-se a apresentação dos dados a partir dos fatos históricos ocorridos em 1989 no país e na cidade de Alegrete, apresentando também algumas reflexões teóricas consideradas relevantes. Finda-se o período histórico avaliado no ano de 2008.

O roteiro deste capítulo:

5.1) De 1989 a 1996 – O Processo Democrático

5.1.1) O processo democrático e a lei municipal de saúde mental de Alegrete

5.1.2) O cenário alegretense: a busca pela fertilidade democrática

5.1.3) A construção político-partidária

5.1.4) E lei se fez!

5.1.5) A importância do sujeito, sua subjetividade e a construção de valores pessoais comuns

5.2) De 1996 a 2008 – A implementação

5.2.1) Os processos transformadores

Há uma divisão histórica clara que esta pesquisa propõe: o ano de 1996, por sua importância para este objeto de estudo. Neste ano foi promulgada a lei municipal de saúde mental de Alegrete, dividindo historicamente o processo social estudado nesta pesquisa. O período anterior a 1996, que inicia no ano de 1989, é caracterizado por esta pesquisa como *Processo Democrático* da reforma psiquiátrica na cidade de Alegrete e é o foco principal desta análise de dados. Dividiu-se este período em cinco itens, descritos brevemente a seguir:

O primeiro item é denominado *O processo democrático e a lei municipal de saúde mental de Alegrete* e aborda os aspectos históricos do contexto da pesquisa, aproximando o embasamento teórico-metodológico deste objeto de estudo.

A seguir, adentra-se no território da cidade de Alegrete e no chamado *Processo Democrático* por meio do item *O cenário alegretense, a busca pela fertilidade democrática.* Este explana sobre as contradições do cenário de estudo e as contribuições de uma gestão estadual comprometida com a saúde mental.

O terceiro item, *A construção político partidária*, descreve a aproximação da luta social reformista em saúde mental às instituições democráticas. Por meio dos mecanismos legais de representação partidária e da disputa de pleitos eleitorais municipais a luta social institucionalizou-se.

O item *E lei se fez!* descreve como as parcerias regionais e a construção local consolidaram as propostas da orientação antimanicomial, materializando-as em uma lei municipal.

Encerrando o primeiro momento histórico desta pesquisa, indo até o ano de 1996, o item *A importância do sujeito, sua subjetividade e a construção de valores pessoais comuns* descreve a construção dos sujeitos constituintes e protagonistas desta história. Busca demonstrar a possibilidade da construção de valores coletivos que dêem sentido de mundo às existências individuais humanas.

Esta pesquisa denominou a segunda fase histórica do processo social estudado como *A implementação* da lei municipal de saúde mental de Alegrete. O item *Os processos transformadores* traz à tona inicialmente o período de interstício entre a lei municipal de saúde mental de Alegrete (1996) e a legislação nacional de reforma psiquiátrica, promulgada no ano de 2001. Em seguida explicita a implementação dos novos serviços de atenção à saúde mental a partir da previsão do financiamento federal para tal.

Procurou-se na apresentação deste capítulo, fornecer uma breve *carta guia de navegação* para que o leitor desta pesquisa encontre o sentido do raciocínio proposto pelo pesquisador, em direção à complexificação do processo de reforma psiquiátrica na cidade de Alegrete e no estado do Rio Grande do Sul a partir de 1989 até o ano de 2008.

5.1) O processo democrático

5.1.1) O processo democrático e a Lei Municipal de saúde mental de Alegrete

A história é a força motriz da humanidade, nela os homens reconhecem seus feitos individuais e coletivos, expressados na força que possui a sociedade organizada. Tal força inexiste sem seus componentes: os próprios homens. A afirmação que soa redundante em uma leitura superficial resguarda a base deste trabalho; o homem é sua própria história e ao mesmo instante em que a protagoniza é por ela talhado. Mesmo sujeitos aos ditames sócio-político-econômicos, aos homens é fornecida a oportunidade de unirem suas biografias a construções coletivas que incidem neles mesmos e em outros, na forma política propriamente dita, da relação em sociedade.

Para este trabalho o conceito de sujeito empregado remete ao materialismo histórico, em que este é parte e construção da história, a partir da relação dos homens com o trabalho. A modificação da natureza a partir das técnicas em benefício do homem molda as relações sociais e hierarquiza o relacionamento entre as classes produtivas (COLLET e ROZENDO, 2001). A história da humanidade se dá a partir da relação dos homens com os métodos produtivos e as conseqüentes relações econômicas a partir destes.

A *natureza social* do homem e sua *liberdade* são, foram e serão amplamente questionadas pelos pensadores em variadas épocas históricas, de variadas formas – radicalistas ou conservadoras. Este trabalho vale-se basicamente das óticas do materialismo histórico de Karl Marx para avaliar o impacto do fenômeno estudado em sua amplitude social e dos conceitos existencialistas de Jean Paul Sartre para compreender a importância do fenômeno na existência única de cada ator social entrevistado, considerado neste estudo. Este capítulo trata da formação do sujeito em si e pela história, já que “não existe natureza humana, é o próprio homem, numa escolha livre porém ‘situada’, quem determina sua própria existência” (CHAUÍ, 1984b p.7).

As existências de muitas pessoas no Brasil, em conjunto com outros processos semelhantes no continente latino-americano, confluíram arduamente para o processo de retomada social que se apresentava na nova ordem mundial aos

então definidos como *países de terceiro mundo*. Este processo foi demarcado pelo fim dos regimes militares e do alinhamento continental ao capitalismo neoliberal que marcou o término dos regimes autoritários do final do século passado. Países como o Brasil e a Argentina efervesceram socialmente durante a década de 1980 (FAGUNDES, 2006).

> A democratização política na América Latina ocorrida em meados dos anos de 1980 - parte conquistada, parte negociada - veio acompanhada pelas políticas neoliberais de ajuste. Sua aplicação gerou recessão, deteriorou as condições de vida da população, precarizou o mundo do trabalho e agudizou os problemas sociais, ao mesmo tempo em que diminuiu o orçamento para as políticas sociais. (FAGUNDES, 2006, p.37)

A proximidade geográfica e cultural entre o estado do Rio Grande do Sul e a Argentina possibilitou trocas até então inéditas para a saúde mental brasileira, principalmente na fronteira oeste do estado, região a uma centena de quilômetros de distância da fronteira entre os dois países. A influência desta proximidade foi decisiva para a reforma psiquiátrica no estado gaúcho.

> Os países da Bacia do Prata viviam o contexto semelhante da saída das ditaduras e desenvolviam esforços de mudança da saúde mental na democratização, especialmente a Argentina (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993, p.42).

Profissionais em saúde, professores universitários, artistas, pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares, gestores e outros aqui não nominados experienciaram encontros inéditos e inventivos que, além de serem possíveis pela especificidade do momento histórico, foram propiciados por escolhas existenciais individuais de valores coletivos comuns. A junção/soma/sobreposição de tais biografias levou o estado do Rio Grande do Sul a um processo de reforma psiquiátrica até então inédito no país, marcado pela primeira legislação estadual que vedava a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Os municípios brasileiros precisavam sustentar o processo de descentralização econômica/administrativa/política proposto pela nova constituição de 1988 (DORIA, 1992) e, para tanto, muitos realizaram concursos públicos nessa época em variadas áreas de seus quadros de pessoal – incluindo nestas a saúde. Novos postos de trabalho surgiam para novos e velhos trabalhadores em saúde, que vivenciavam *in loco* as transformações do final do regime militar, ainda marcados pelo período repressivo presente em suas histórias de vida – neles mesmos ou em

seus pais e familiares. A entrada destes profissionais nos quadros municipais desestabilizou cristalizações do ente público e oxigenou as prefeituras que propuseram concursos públicos naquele momento. ***PESSOA*** relata este período:

> (...) em seguida a Secretaria de Saúde, a prefeitura montou... estava montando o quadro para a saúde, botou no concurso público o cargo (...), e eu fiz o concurso, passei no concurso e fui chamada (...) (***PESSOA***)

Por meio da entrada dos novos profissionais as prefeituras modernizam-se administrativamente, criando novas secretarias. No caso da saúde, a maioria dos municípios segue a orientação nacional da época que unia administrativamente as ações de cunho social e de saúde – as chamadas Secretarias de Saúde e Assistência Social. Alegrete não foge a esta regra. O financiamento e a organização administrativa federal na década de 1990 unia estas políticas em um mesmo ministério (NASCIMENTO, 2007). Apenas no início da década de 1990 o chamado *caixa da previdência* é desvinculado do financiamento para o setor de saúde pública nacional (VIANNA, 1992). O controle social igualmente inexistia, eram implantados pioneiramente as Comissões Interprofissionais de Saúde que, após a regulamentação legislativa nacional, viriam a ser os Conselhos Municipais de Saúde (GERSCHMAN, 2004).

> 1989. Houve concurso público no município, que constituiu as comissões interprossionais de saúde de profissionais da saúde, não eram nem conselhos ainda, não eram nem conselhos ainda, eram o embrião. Houve a criação da secretaria de saúde, foi criada mais ou menos nesta data e houve concurso público para o atendimento dos cargos nos serviços... Aí abriu vaga para fisioterapeuta, para psicólogo, enfim, para todo o quadro. (***FLORBELA***)

O fato corriqueiro do estabelecimento de um novo profissional no mercado de trabalho toma outras formas a partir das escolhas existenciais também talhadas pelo momento histórico. ***PESSOA*** está inserido neste contexto e comenta sua chegada ao ambulatório de saúde mental e a percepção acerca do desenvolvimento do trabalho no local em acordo com seus valores ideológicos: "(...) já vinha, já tinha o ambulatório sido construído né... a gente achava que o ambulatório não era o suficiente para a reforma psiquiátrica (...)".

O questionamento dos dispositivos de saúde existentes até então, especificamente da saúde mental – foco deste estudo, é a energia ética/estética/política que move o redirecionamento das biografias em questão. A partir do próprio questionamento existencial de "*onde quero chegar com meu*

trabalho?" somado ao momento histórico nacional a navegação da saúde mental no Rio Grande do Sul toma outros rumos, inéditos e criativos.

Para Sartre, a liberdade é a base da existência humana. O denominado pela teoria sartreana de *ser-para-si* define-se como poder de ação. Como pré-condição do *ser-para-si* e sua ação: a liberdade, dada ao homem por sua existência no mundo. O filósofo prescinde de qualquer valor moral que não seja criado pelo próprio homem – "o homem é inteiramente responsável por aquilo que é" (CHAUI, 1984b p.11). Como os acontecimentos políticos demonstram que os projetos de vida são influenciados pela história, e que esta é a história da própria coletividade, a tentativa de busca pela liberdade visando apenas valores/metas individuais é inócua. Neste ponto a teoria sartreana conflui para este objeto de estudo: somente um compromisso com a história pode fornecer sentido à existência individual, equação correspondente ao início da década de 1990 na cidade de Alegrete. ***FLORBELA*** ilustra:

> (...) com uma inquietação enorme, vindo de uma cidade como a nossa, querendo trabalhar... E se incomodando. Eu logo que comecei a trabalhar já comecei a me incomodar muito com a forma com que eram tratados os portadores né... de deficiência. E aí nesse período, acho que em 1989, é, em 1989, foi aberto. Iniciou o processo de descentralização do sistema, de orientação em termos de saúde, com o Sistema Único de Saúde (...) É a redemocratização acontecendo... E aí houve... Eu já participava na universidade de movimentos políticos. (***FLORBELA***)

O momento histórico era propício à questionamentos sobre as formas de ser/fazer/trabalhar a saúde coletiva. O início da década de 1990 marca o princípio da legitimidade legal do Sistema Único de Saúde Brasileiro, marcado pela promulgação da lei 8080/90 (BRASIL, 1990). À reunião multiprofissional nos quadros das prefeituras que realizaram concurso para área da saúde no final da década de 1990 somam-se a: inexistência dos serviços de especialidades clínicas; a débil legislação em saúde vigente até a promulgação da lei 8080/90 e suas respectivas portarias regulatórias; a quase inexistência de serviços de atenção básica à saúde na maior parte dos municípios brasileiros. Tal somatório teve como resultado a liberdade do encontro político inédito, inventivo e criador. Se possível fosse figurar plasticamente este momento, poderíamos demonstrá-lo como o instante em que o pintor põe-se à frente da tela em branco, com a idéia inédita da obra em mente e todas as matizes das quais necessita para executá-la. Porém, a obra mentalizada modificar-se-á durante a execução, bem como seu executor será modificado por ela.

Em Alegrete este encontro foi materializado em dois grupos de pessoas, localizadas em dois momentos temporais diferenciados. O primeiro grupo formou-se logo após a realização do concurso público anteriormente mencionado, constituído apenas por profissionais do quadro da saúde:

> E nesse período assim ó, eu lembro que gente fazia assim alguns trabalhos bem interessantes, como várias pessoas entraram na rede ao mesmo tempo através desse concurso, nós tínhamos assim uma reunião em que reunia nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiros da rede, para tratar de saúde pública... E essa reunião, o pessoal diz até hoje: "tu lembras quando a gente reunia todos os profissionais da rede?" (...) eu acho até que era semanal. Eu sei que era bem estreito o nosso convívio, a nossa relação. A gente começou atendendo a demanda que vinha de pacientes (...) tipo assim... a gente foi montando e estruturando... né, o trabalho. (***CAEIRO***)

O segundo grupo, situado historicamente nos primeiros anos da década de 1990, foi formado por laços afetivos e de interesses partilhados. Um grupo de amigos que possuíam em comum o fato de encontrarem-se na cidade iniciando suas vidas profissionais e adultas, marcados pelo cotidiano do trabalho e pelas características culturais do local. A motivação para o encontro não era institucional como no primeiro grupo.

> (...) nós sempre fomos da coisa do grupo né. Além desse trabalho na saúde pública nós tínhamos um outro grupo, que era um grupo de... De conversa. Né, era o grupo das terças-feiras. Então nesse grupo das terças-feiras tinha assim, várias pessoas da cidade, né... Muita gente. (...) Então assim ó, era uma série de pessoas que iam lá para conversar. E a gente conversava assim, de vários assuntos né... Desde a saúde pública, à política, à filosofia né... À poesia, tinha de tudo lá (...) e esse grupo assim ele demorou, não sei se dois anos, porque todos nós estávamos chegando na cidade (...) mas depois, quando houve uma certa abertura... Um grupo resolveu ir para a política. Né, se candidatar a vereador e tal, e o pessoal apoiava... E começou um movimento assim todo... E aí algumas pessoas foram para um outro lado, outras foram para outro e o grupo dispersou. Mas eu acho que foi assim um grupo bem importante para a história né, porque a gente não era comprometido com... Era comprometido com tudo, não era comprometido com partido. Aí quando o pessoal quis se comprometer com partido, (...) eu acho que isso que diferenciou né. (***CAEIRO***)

Como é possível perceber nas palavras de ***CAEIRO***, ambos os grupos possuíam a característica da *liberdade de ação*: o primeiro por ser profissionalmente ainda não institucionalizado em serviços e regulamentações legais; o segundo por possibilitar a vivência livre do *encontro com o outro*, marcado por interesses e valores pessoais comuns – os quais seguiram talhando e sendo talhados pela história contada aqui. A necessidade da continuidade dos processos sociais e do peso destes na história de cada um, formatado em seus valores leva ao que

CAEIRO chama de "*algumas pessoas foram* ***para um outro lado****"*. Este momento é crucial para as pessoas envolvidas no segundo grupo. Entremeadas pelos acontecimentos do início da década de 1990[14] suas escolhas pessoais passam pela influência do movimento nacional de valorização da politização de seus agentes. Tais escolhas pessoais e de projetos de vida justificam em parte a *partidarização* do grupo, trazendo para ele relações institucionalizadas que aos poucos destituíram o grupo de seu objetivo – o *encontro com o outro*, real, livre e despojado de travas institucionais. Contraditório, porém necessariamente presente, a escolha pessoal pelos projetos coletivos (busca de votos para a legitimação de projetos políticos) dificulta a vivência livre e criadora dos mesmos projetos.

Em conjunto com a reforma sanitária proposta legalmente a partir do fim da década de 80 a reforma psiquiátrica igualmente acontecia, materializada em ações sociais em sua maioria, ainda incipientes mas fundamentais no âmbito governamental:

> (...) nós estávamos no processo... Bom, nós estávamos no processo da Reforma Psiquiátrica, a gente é... O Rio Grande do Sul entrava, constituía uma equipe itinerante, uma equipe descentralizada que eles chamavam que era composta de profissionais de várias áreas e de vários municípios e essa equipe prestava assessoria aos municípios que estavam formando ações em saúde mental. E a gente era convidado para ir em seminário (...) nos encontros de saúde mental que eram muito ativos naquela época. (***PESSOA***)

Os encontros a que se refere ***PESSOA*** foram possíveis justamente pela participação de muitos atores que, assim como o pintor e sua obra, enquanto protagonizavam a Reforma Psiquiátrica no estado eram também transformados por ela. A partir das leituras e das produções pessoais e coletivas eram buscadas outras formas de assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

5.1.2) O cenário Alegretense, a busca pela fertilidade democrática

O ambiente profícuo para a vivência política é a herança contraditória do regime militar autoritário, porém, suas características deixaram marcas indeléveis nos seres sociais sujeitados por aquele período histórico (MOISÉS, 2008). As formas de participação, o entendimento da horizontalidade democrática, a confiança

[14] Conforme nota de rodapé 11.

pessoal de que o papel executado em uma arena decisória será respeitado e historicamente relevante são percepções recém-concebidas entre o final da década de 1980 e início da década de 1990. Exatamente este é o momento histórico do qual tratamos agora e o seu entendimento enquanto contexto cronológico é essencial a este trabalho de pesquisa, tanto nacional quanto localmente.

O município de Alegrete é caracterizado por marcas culturais extremamente arraigadas, ligadas diretamente às questões de gênero de origem conservadora. As crenças sociais machistas são compartilhadas e reproduzidas por homens e mulheres, reforçadas pelo aspecto militaresco[15] da cidade somado à figura do homem do campo, do gaúcho das estâncias[16], Este constructo fornece nuances peculiares ao cidadão local e a sua maneira de viver. Porém, a história a ser relatada e estudada neste trabalho é praticamente toda executada por mulheres alegretenses. Profissionais da saúde, usuárias, gestoras, confundindo e entrelaçando estes papéis ao longo de suas vidas. Esta questão permeia toda a pesquisa – o protagonismo feminino frente aos processos sociais.

O primeiro concurso municipal em Alegrete para a área da saúde após a nova constituição de 1988 teve a nomeação dos aprovados no ano de 1989 e, conforme afirmado anteriormente, oxigenou a prefeitura no tocante à execução das políticas públicas locais. Houve no município, ao longo de toda a década de 1980, uma certa estagnação em relação às políticas locais de saúde. As ações caracterizavam-se pelo aspecto assistencialista e curativo. A referência aos centros urbanos maiores, como Santa Maria (cidade de médio porte no centro do estado do Rio Grande do Sul, com cerca de 266.000 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2008) ou mesmo à capital, Porto Alegre, era constante, revelando a incapacidade dos aparelhos locais de atendimento. A saúde é promovida neste momento baseada em ações curativas e pontuais, marcadas por atendimentos de urgência e internações hospitalares, tanto no tocante aos aspectos clínicos quanto aos psiquiátricos. ***ANJOS***, ao relatar um episódio ocorrido a um conhecido seu, concretiza a referência aos centros urbanos maiores para

[15] A cidade de Alegrete possui cinco quartéis do exército nacional, herança histórica da posição estratégica em relação às fronteiras do Brasil.

[16] As estâncias são como fazendas, diferindo no aspecto de que estas não priorizam o plantio e sim a criação de animais. Os trabalhadores destes locais usualmente cultivam as tradições culturais gauchescas como a vestimenta típica para o trabalho, alimentação baseada na carne e arroz, gírias e sotaque muito próprio com influências diretas da língua espanhola.

atendimentos psiquiátricos, relembrando a fala da profissional de saúde que atendeu o caso na época:

> (...) 'isso aí é um problema muito sério [referindo-se ao paciente atendido que está na sua frente], eu sou médica, sou isso... Mas eu vou dar um medicamento para ele e vou encaminhar ele para Santa Maria, lá tem psiquiatra'. Ela era neurologista, ele não tinha dinheiro, não tinha nada, perdia os documentos. Ele foi para Santa Maria e internou lá fazendo medicação né (...) (***ANJOS***)

Os casos clínicos do atendimento público de maior complexidade eram realizados em grande parte na Santa Casa de Alegrete, hospital público da cidade, porém igualmente podendo ser referenciados para centros urbanos maiores. Neste contexto, a leva de profissionais do mencionado concurso inicia a organização de seus processos de trabalho. Havia muito a fazer e, pelo ineditismo das instituições, as amarras ao processo criativo eram ainda poucas. O objeto deste estudo concerne à regulação legislativa dos equipamentos de saúde mental que, até então, consistiam localmente em atendimentos neurológicos e encaminhamentos para emergências psiquiátricas – principalmente para o Hospital Universitário de Santa Maria.

O primeiro *encontro de pessoas,* referido anteriormente neste capítulo, é o grupo responsável por desencadear os processos de inovação do sistema público de saúde mental do município. Inicialmente, a equipe de trabalho era formada por três psicólogas, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, um médico neurologista e um médico psiquiatra. Estes formaram o embrião do que viria a ser o primeiro serviço de saúde mental do município; "a idéia era montar um ambulatório de saúde mental" (***CAEIRO***). Após a aproximação junto ao Programa de Atenção Integral de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado, os profissionais alegretenses foram, por sugestão desta secretaria, até a cidade de Uruguaiana. Este fato foi assim registrado no livro Ata de Reuniões (p.1): "Visita ao ambulatório de Psiquiatria do Centro de Saúde de Uruguaiana". Uma semana depois, no dia 18 de julho de 1989, a equipe reúne-se novamente e inicia a montagem do primeiro Plano Geral de Saúde Mental para o município de Alegrete, conforme registro em ata presente no mesmo livro. Esta data fica marcada historicamente como o ato de fundação do serviço de saúde mental de Alegrete, aniversário comemorado pelos trabalhadores e usuários até hoje. Neste ano de 2009 o serviço completa 20 anos de existência.

> Então tem uma construção muito bacana né, e a (...) eu acho que participava do governo na época, e eles tinham o programa né... De PAIS mental né, o Programa de Atenção Integral em Saúde Mental... Que foi o desencadeador desses processos nos municípios... Bagé, Alegrete, Alegrete foi depois até de Uruguaiana. Mas assim, o pessoal aprendeu, foi lá em Uruguaiana, eu lembro que a gente tem registrado no livro. Dia 11 de julho foi a Uruguaiana e dia 18 se reuniram aqui. Então a gente escolheu essa data, aonde foi reunida toda a equipe multidisciplinar para marcar como o aniversário do serviço. (***WHITMAN***)

Inicialmente instalados na casa que hoje é ocupada pela Décima Coordenadoria de Saúde do Estado, a primeira equipe de saúde mental de Alegrete centrava seu trabalho na ótica comunitária, distando-se do referencial anterior, focado na instituição psiquiátrica. O *lugar dos loucos*, o hospício, começa a ser descaracterizado em forma de ações práticas, em ações clínicas de trabalho. Reescrever conceitos é uma das marcas dos processos reformistas psiquiátricos de cunho social (BORGES, 2007).

Até aqui, a história da atenção à saúde mental no município de Alegrete tem formas e ações semelhantes a outros tantos processos ocorridos na mesma época de consolidação e construção inicial do Sistema Único de Saúde. A diferenciação dá-se a partir da politização de seus agentes que, ao darem suas existências de encontro às dificuldades em lidar com a loucura de maneira institucional, buscam outros conhecimentos que não apenas os referentes aos processos patológicos do sofrimento psíquico. Anteriormente, na construção deste objeto de estudo, afirmou-se que a loucura é uma produção social, assim como seu território – o *louco* e o seu lugar, o *hospício*. O princípio da *reterritorialização*[17] da figura do louco na cidade de Alegrete começa neste momento.

> O que a gente via é que era... Que a gente era incapaz, a prática que a gente exercia dentro do ambulatório ou dentro do hospital ou dentro de uma clínica ou de um consultório era insuficiente para dar conta da necessidade de cuidado das pessoas. Então temos que mudar, tem que procurar outra coisa. Foi isso que fez com que... E aí a gente encontrar a proposta da saúde mental como um momento de buscar o diferente, construir a subjetividade, o sentido ou os sentidos né... Isso fez com que a gente se ressignificasse enquanto sujeito. (***PESSOA***)

---

[17] O conceito de *territorialidade* para Guattari (1993) é caracterizado por um fenônemo de origem psicológica, formado a partir de dimensões sociais e políticas. Afeta diretamente a percepção consciente dos sujeitos acerca do que se refere – neste caso o território da loucura e do louco. Ou seja, territorialidade aqui diz respeito ao território de símbolos culturais e construções sociais referentes ao entendimento humano acerca da loucura, por isso seu *território.* Os conceitos derivados da *territorialidade*: desterritorialização, que compreende os mecanismos que separam o território simbólico de seus vínculos sociais e culturais; reterritorialização, que vem a ser a criação de novos vínculos (símbolos, crenças, entendimentos) em lugar dos destituídos pelo movimento desterritorializador.

O processo de alienação a partir do trabalho repetitivo, que se distancia dos processos de vida envolvidos no cuidado em saúde, não se faz presente. Os trabalhadores em saúde desta época na cidade de Alegrete postavam-se na contra-mão do usual "*taylorismo"*[18] observado empiricamente nas instituições públicas de saúde brasileiras[19].

> 1989! No início entramos e começamos o trabalho nos postos. 1989! E aí ele foi ganhando corpo porque outras pessoas foram chamadas a partir de 90, outras já em 91. Foi começando a crescer a equipe né. E o início do trabalho em Alegrete eu refiro que, pra mim, no meu entender, embora muita... Tenha muita diferença hoje no acréscimo, na complexidade que nós atendemos... Eu penso que naquele início nós tínhamos muito mais qualidade nas unidades do que nós temos hoje. (***BLAKE***)

BLAKE refere-se a todas as unidades de saúde do município, afirmando que o desgaste de anos de trabalho, mesmo que forneçam a experiência essencial para a execução do mesmo, não substituem a necessidade da *novidade constante,* anteriormente mencionada. Portanto, para reformar é preciso não apenas reescrever conceitos, como também vivenciá-los em si (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

O entrelaçamento histórico perde sua riqueza ao ser reescrito de maneira lógica em forma de texto. Os vetores que possibilitam o terreno para o avanço inicial em direção à lei reformista municipal são muitos e concomitantes, citam-se aqui os considerados principais neste momento: momento político favorável à participação protagonista na política pública; uma diretriz maior (neste momento estadual) que norteia a navegação das políticas locais representada pelo Programa de Atenção Integral em Saúde Mental; o respaldo da gestão municipal que, além de realizar o concurso público para provimento dos cargos funcionais forneceu local e condições materiais para o desenvolvimento das atividades da equipe multiprofissional; estruturação nacional do Sistema Único de Saúde e descentralização administrativa e financeira em direção ao poder municipal, levando ao seu conseqüente empoderamento (NASCIMENTO, 2007).

---

[18] Frederick Winslow Taylor viveu entre 1856 e 1915, engenheiro mecânico norte-americano, talhou conceitos conhecidos como *Administração Científica*, buscando o máximo da eficácia e eficiência na operacionalização industrial visando a produtividade. Para isso empregou métodos cartesianos de pensamento caracteristicamente inflexíveis e mecanicistas, o que aumentou enormemente a produção industrial de larga escala, concomitante a isso gerou demissões e desinteresse dos funcionários por seu trabalho. Este aspecto negativo dos métodos produtivos de Taylor é chamado de *taylorismo*, caracterizando uma forma de produção de trabalho em série, plana e ausente de subjetividade humana (MATOS, PIRES, 2006).

[19] Para Campos (1998), é necessário promover ações anti-*taylorismo*. Não abandonar os profissionais de saúde na esteira da repetição de seu trabalho é um desafio para os gestores de saúde atuais. É preciso não destituir os profissionais da condição de discutir e decidir sobre a execução de suas ações de cuidado.

Fagundes (2006) realizou uma extensa pesquisa a respeito de sua experiência à frente da equipe do Programa de Atenção Integral em Saúde Mental no final da década de 1980. Além de descrever pessoalmente suas vivências e experiências na coordenação da equipe estadual de saúde mental, finalizou a pesquisa com o balanço das capacitações realizadas em gestão pública, saúde mental coletiva e políticas sociais, desencadeadas a partir de 1987 até o ano de 1996. Neste trabalho, evidenciam-se as trocas específicas da história gaúcha em saúde mental, como a participação da coordenação estadual da época em um curso de administração de serviços de saúde mental na cidade de Concórdia, na Argentina. Tal curso foi promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental daquele país e teve alguns brasileiros como participantes. O trabalho final dos participantes gaúchos chamou-se "Delineamentos da Política de Atenção Integral à Saúde Mental" (1987) e foi, como a autora do estudo coloca, "o documento, a carta-guia para as navegações gaúchas"(FAGUNDES, 2006, p.44). Um dos aspectos de tal trabalho que o diferenciou dos demais, chamando a atenção dos professores e colegas do curso, foi estabelecer a *participação* como "uma das prioridades, um dos princípios e um dos objetivos da política, assim como as propostas para viabilizá-la" (p.44). A presença do essencial democrático chama a atenção. Este foi o documento que guiou as ações da equipe de saúde mental da Secretaria Estadual da Saúde, reconhecida hoje como a equipe que, historicamente, desencadeou o processo de reforma psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul através de suas ações itinerantes no território gaúcho. O norte fornecido pelos *delineamentos* estaduais desencadeou processos e guiou ações locais, como em Alegrete:

> (...) tu não parte de um movimento desses... Ele não se constitui a partir do movimento local. Ele se constituiu a partir de uma provocação estadual. Uma diretriz, num primeiro momento uma diretriz estadual de quem estava no governo, num movimento social articulado, organizado que existia...(***FLORBELA***)

Fagundes (2006) descreve que as relações da equipe formada para fornecer as diretrizes da saúde mental gaúcha eram horizontais, o que ditava um caráter essencialmente democrático para as ações propostas. Uma das principais *horizontalidades* apontadas pela autora é a identificação ético-política da equipe e suas implicações pessoais: "Havia uma identificação ético-política entre os profissionais, propiciadora de uma base suficientemente estável para desenvolver o trabalho de condução em equipe." (p.43) Este pacto ético-político fez com que a

equipe sobrevivesse enquanto grupo, mesmo ao final da gestão, seguindo o trabalho de desencadeamento de processos a partir dos cursos de formação, realizados em parceria com os municípios.

> Os cursos foram se constituindo em espaços de construção coletiva, de diálogo, de exposição protegida, nossa terceira margem do rio, preparatória para outras exposições com pouca proteção, porém sem ingenuidade, para a construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental. (FAGUNDES, 2006, p.108)

Foram inscritos 1049 alunos no período de 1988 a 1996, sendo que, destes, 709 concluíram os cursos (71,9%) (FAGUNDES, 2006). Tais cursos foram importantes instrumentos desencadeadores de processos nos municípios do interior do Rio Grande do Sul no tocante à saúde mental e às políticas públicas em geral. A partir da pedagogia da implicação[20] (CECCIM, 2005), que fornece sentido ao objeto de estudo por sua implicação com a realidade, os cursos de especialização formaram politicamente pessoas que se interessavam pelo sucesso das políticas públicas sociais. Nas palavras da autora:

> A lógica era de reterritorializar, possibilitar a continuidade das políticas e serviços, independentemente dos períodos das gestões governamentais e, por isso, precisávamos localizar aliados junto aos municípios, desencadear processos de mobilização e trabalhar com políticas sociais, o que propiciaria um trabalho junto às câmaras de vereadores, junto aos executivos municipais, junto aos movimentos sociais, junto às populações locais e junto aos próprios formadores dos diversos locais. (FAGUNDES, 2006, p.84)

Os processos desencadeados a partir do Programa Integral de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde no final da década de 1980 são essenciais à compreensão do contexto de Alegrete. A politização dos atores sociais da cidade passa diretamente pela participação efetiva nos cursos propostos a partir da técnica da pedagogia da implicação no começo dos anos 1990. A soma do cenário nacional de luta democrática às necessidades sociais do município de Alegrete foram a receita da composição dos atores políticos que dali nasceriam. A história e suas contradições formam os homens que a constroem/refazem/escrevem.

> (...) nesse período também no estado a (...) estava na coordenação... Que tinha a coordenação da saúde mental, ela estava nessa coordenação no governo. E ela estava andando muito pelo estado, provocando os municípios a organizar os serviços de saúde mental (...). E logo após, é em 91! Houve uma capacitação que o Estado ofereceu, isso foi em 90 que o Estado

[20] Ceccim (2005) propõe o método da pedagogia da implicação ao realizar a formação de trabalhadores/atores sociais em saúde a partir de suas ações possíveis em seus locais de atuação profissional.

> ofereceu um curso de administração em saúde mental provocado pela secretaria estadual... Porque tinha o entendimento que as pessoas tinham que se preparar, se capacitar(...). Naquele momento atender os portadores de sofrimento que retornavam, que iam ao tratamento e retornavam e os serviços não ofereciam nada. É, não existia serviços constituídos né, estavam se constituindo, a rede de saúde. E a partir daí elas fizeram o curso, foram cada vez mais se articulando no movimento social (...) (***FLORBELA***)

Com claras ações estratégicas de *desencadeamento de militâncias* os cursos direcionavam a massa crítica[21] disponível pelo momento histórico-social às ideologias de horizontalidade democrática.

> A gente começou, a gente entrou no curso. Começou a entender o que é o Estado, o que são as leis, o que é participação popular, o que é democracia... O Sistema Único de Saúde como uma política pública de democratização do Estado Brasileiro. Como ele estava colocado na década de 1980. (***PESSOA***)

A ampliação de horizontes que a participação nos cursos fornecia era provedora de sentido existencial para as ações do trabalho em saúde mental, *desalienando* os alunos em relação ao seu papel no mundo. Davam um lugar no mundo para o sujeito que pensa, sente e executa ações na realidade de que ele mesmo é fruto.

5.1.3) A construção político-partidária

A necessidade de mais pessoas para o trabalho e a escrita biográfica dos atores da saúde municipal de Alegrete forçam o chamamento de outros profissionais no começo da década de 1990, ainda oriundos do primeiro concurso público, após a nova constituição de 1988, dando início a uma outra faceta desta história, a construção político-partidária.

Necessária à luta democrática legalizada constitucionalmente, a institucionalização das necessidades sociais é um dos muitos caminhos trilhados pelos atores que protagonizaram a construção das políticas públicas nacionais. Em conformidade com a construção e o estabelecimento da ideologia esquerdista formada no Partido dos Trabalhadores a partir de sua fundação em 1980, a década

---

[21] Para as Ciências Sociais, *massa crítica* é a mentalidade de um grupo que é suficiente para, em quantidade e qualidade, permitir, propiciar e sustentar determinada ação ou comportamento. (LACERDA, 1991)

de 1990 é profícua no tocante à *explosão militante* institucionalizada nesta sigla (KINZO, 2004). Portanto, seria ingênuo e metodologicamente contraditório afirmar que apenas o protagonismo individual construiu a política pública de saúde mental de Alegrete. Há um cenário nacional e estadual propício à formação de militantes na área social e de direitos humanos, historicamente materializado pelos homens através de suas relações produtivas e econômicas.

> A gente começava a identificar o furo da falta de leis e dizia.... "Mas não.. Nós temos que chegar na câmara, nós temos que mudar as leis do município, nós temos que começar a discutir que município é esse?" Aí assim, nós temos que ter representantes. E aí assim... Bom, então tá, nós vamos ir para a câmara... E tá... E que partido? Quem é que agüenta a gente? O PT, claro... Tu acha que o *P não sei das quantas* ia agüentar a gente? Não agüenta! Porque o P *qualquer coisa* é assistencialista. A política não era o que nós propúnhamos... Nós propúnhamos o sujeito, subjetividade! E dentro de todos os partidos ainda quem propunha subjetividade, construção e aposta na subjetividade era o PT. Por isso a escolha do PT. (***PESSOA***)

A escolha da institucionalidade deu-se a partir de uma ampliação de horizontes proporcionada pelos cursos de formação anteriormente citados. A escrita destes na biografia dos indivíduos participantes foi de tal sentido existencial[22] que se tornou um dos eixos estruturantes da vida dos próprios indivíduos em questão: "e o curso nos deu a visão política, a possibilidade de construção política, técnica... E administrativa da saúde coletiva" (***FLORBELA***).

Entremeado neste processo, encontra-se a conformação do grupo anteriormente citado por ***CAEIRO***, que denominou o *grupo das terças-feiras***.** Este grupo não possuiu importância institucional, e sim na formação pessoal dos indivíduos participantes deste momento histórico. Ressalta-se a importância do encontro entre as pessoas como força de subjetivação e fornecimento de um lugar no mundo, por meio do olhar do outro. O reconhecimento do "*em si"* por meio da percepção do outro.

A história se repete, agora de maneira local. Assim como os gaúchos que participaram do curso promovido pelo governo argentino e nele desenvolveram as diretrizes da saúde mental no estado, após efetivas participações em cursos nas

---

[22] O termo *sentido existencial* refere-se ao homem e seu lugar no mundo, a partir das concepções de Sartre (2008). Para Sartre (2008) o lugar-no-mundo é a experiência existencial da consciência: "o plano do pensamento deve ceder seu lugar a uma experiência existencial concreta – uma experiência que permita atingir o sentido da existência em seu ser-no-mundo"(BORNHEIM, 2007, p.19). Portanto, ao referir o *sentido existencial* fornecido pelos conhecimentos adquiridos nos cursos de formação, explicita-se que, ao atingir conscientemente conceitos como *democracia*, *liberdade e participação política* os atores sociais alegretenses conciliaram seu lugar-no-mundo – alterando significativamente suas biografias.

cidades de Bagé e Santa Maria, os atores sociais alegretenses começam suas *produções coletivas*. Em tais cursos, debatem e horizontalizam as discussões e estratégias a serem tomadas no município para a efetivação de melhores políticas públicas para a saúde mental, por meio da própria formação e construção profissional.

O ano de 1992 marca historicamente a institucionalidade da reforma gaúcha com a promulgação da primeira lei estadual de reforma psiquiátrica do território nacional. A importância desta já foi exposta anteriormente, o que interessa a esta discussão é sua repercussão em Alegrete. Ela, em conjunto com a lei nacional que tramitava neste momento e outras leis municipais já aprovadas em outros territórios brasileiros, são a base teórica para a construção da lei municipal de Alegrete.

> É todo um movimento do estado. Nós fizemos a nossa primeira conferência municipal de saúde mental em 92, o (...) [deputado estadual proponente da lei gaúcha de 1992] veio até Alegrete. Eu acho que foi a primeira assembléia que ele fez no Estado né, pela lei 9716 [Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual] né... E nós estudando, lendo o estado e todos os materiais do curso. Chegamos à conclusão que nós não podíamos deixar o processo da saúde mental nas mãos do gestor. Ele tinha que ser da sociedade. Então, tinha que ser da sociedade... Então, como é que a gente faz pra responsabilizar a sociedade na construção de uma política? Então a gente primeiro costura... Primeiro a gente pega a lei do (...), que já tinha sido aprovada... Pega a lei do nosso companheiro lá de minas, o (...) Pega todas as leis de lá do Rio Negro e começa a ler aquilo né... E aí eu digo "olha, eu não entendo nada de política, nunca fui na Câmara de Vereadores, não tenho '*lhufas*' de entendimento disso..." Mas a gente tinha uma certeza: tinha que ser a sociedade que tinha que mandar nesse troço, não podia ser a gestão. Porque a gestão faz se quer, não tem controle sobre ela. Então tinha que dar para a sociedade a responsabilidade de conduzir a política. E aí nós fizemos, lemos todo esse material e criamos uma lei nossa. Uma lei que falasse como é que é a política, de que jeito ela vai ser implementada, e por quem que ela vai ser tocada. (***PESSOA***)

As articulações necessárias à aprovação da lei nessa forma, de *propriedade social*, colocam os atores participantes em evidência pública, graças ao ativismo protagonista. Este é permeado pelos interesses pessoais de *razão de ser*[23] e pela produção histórica em si, já que este ativismo é fruto das próprias contradições às quais ele se impõe.

> Nós criamos o movimento de... Do curso, da articulação com a lei... Da busca de outros grupos... E escrever em jornal... Ir no rádio toda a semana para falar como as pessoas discriminam o portador de sofrimento psíquico. Isso deu... Colocou a gente num ativismo político. (***PESSOA***)

---

[23] O termo *razão-de-ser* refere-se ao lugar-no-mundo, um *sentido existencial*, conforme explicitado na nota de rodapé n.6.

Junto a esta evidência, que é parte integrante da participação democrática ativa, é necessária a coerência pessoal, neste caso personificada nas ações de trabalho em relação ao louco. Este que, destituído de cidadania, sempre sujeitado pelas normas legais ou institucionais é, por si só, sujeito. Isso significa que, para além de mais uma norma (mesmo que esta seja reformista no sentido da inclusão social da loucura) é necessário junto dela dar voz a estes sujeitos, a estes loucos.

> Eu quando falo do processo eu falo do processo dos sujeitos do Sistema Único de Saúde, não falo do sujeito técnico né... Teve, a participação dos técnicos foi muito importante, mas os usuários sempre estiveram conosco. Porque assim ó, uma das coisas que nós aprendemos em Bagé [nos cursos de formação], é que nós não fazíamos política para alguém. Nós fazíamos política para nós mesmos. Então a construção do "nós" era muito forte. Tanto que a primeira estratégia que propomos para transformar de ambulatório para serviço de atenção integral foi criar uma assembléia, onde os usuários, técnicos e gestores poderiam se encontrar semanalmente e decidir e planejar a semana. Quais seriam as ações, a gestão dessas ações, os responsáveis por essas ações e organizar as regras da casa. E acontece até hoje. Essa assembléia existe até hoje. No início era muito difícil porque o usuário não estava acostumado a se reunir em roda e debater, e ter ouvido para ele... e ter o seu encaminhamento como algo importante e de mudança né, na estrutura. Mas depois as pessoas foram se apropriando e se acostumando e agora não conseguem mais fazer se não for assim. Isso é bom né... (***PESSOA***)

A horizontalidade democrática se fazia presente nas ações no serviço, isso é transformação social em ato, de acordo com as posições ideológicas que norteavam as ações políticas dos atores naquele momento. A partidarização, além de uma escolha da liberdade individual, é uma estratégia necessária ao alcance das propostas da reforma psiquiátrica. Os próprios profissionais/usuários reformistas devem expor e lutar pelas necessidades dos processos legislativos e executivos necessários ao andamento saudável das políticas públicas de saúde mental. Não apenas como atores reivindicativos, também como atores protagonistas institucionais.

Do serviço de saúde mental alegretense originam-se mandatos de vereança, gestores municipais e mandatos do executivo municipal, além de candidaturas que disputaram eleições municipais e estaduais. A implicação política prevê exposição pública.

O processo democrático não é unânime. Quando a unanimidade torna-se regra, não há processo democrático. A existência humana prevê necessariamente

diversidades. Por isso há *tessitura ontológica*[24] e não um constructo liso, um conceito fechado sobre qualquer coisa referente ao humano. Os processos relatados, por serem realmente democráticos, não são unânimes. Há atores que julgam as ações antes descritas como *busca pelo filão de votos*, ou mera exposição pública. Para além das críticas, necessárias sempre, serviços substitutivos foram criados, a figura do louco foi posta às ruas e as propostas de horizontalidade, ideologicamente de esquerda, ganharam terreno considerável em uma cidade tida histórica e socialmente como conservadora. Há méritos inegáveis nisto.

5.1.4) E lei se fez!

A partir da consolidação das parcerias regionais e câmbios de experiência entre os profissionais de saúde fronteiriços, estabeleceu-se como estratégia fundamental de consolidação do processo reformista gaúcho o eco à lei estadual de reforma psiquiátrica de 1992. No ano de 1996, as cidades de Alegrete e Bagé promulgaram as primeiras legislações municipais de reforma psiquiátrica do estado do Rio Grande do Sul. No momento anterior à promulgação, os trabalhadores de saúde mental ainda não haviam exercido cargos legislativos ou na gestão do executivo municipal, além do próprio trabalho em saúde. As características dos serviços de saúde mental e a luta pela absorção social do sofrimento psíquico sem estigma evidenciaram, posteriormente, as pessoas que ali estavam trabalhando.

> Nós temos uma caminhada muito grande. Ele funcionou como ambulatório... Né, depois ele avançou... O que nós chamamos de um serviço. Não existia essa regulamentação de Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]... Não existia nada! Não existia nem financiamento... Né, em 91 nós, a militância nos lugares, locais... E a vontade política do gestor municipal é que garantiu o funcionamento do serviço. Porque tu não tinha financiamento, não é como

[24] O termo tessitura ontológica refere-se à capacidade humana de construir significados coletivos a partir de muitos vetores, constituintes do homem em sua individualidade (Habermas, 2002). Para exemplificar o uso do termo citamos Simone (2006), que discute os conceitos filosóficos de Jürgen Habermas e Wilhelm Dilthey, aproximando as concepções humanas destes autores do ponto de vista filosófico. Este autor utiliza o termo tessitura ontológica ao tratar da reabilitação do conceito de natureza para o homem na busca da expressão do sensível humano, afirmando que "os fios temáticos singulares [da nova concepção de natureza para o Ser] se entrelaçam pela nova tessitura ontológica [da Natureza pelo Ser]"(p.391, tradução livre). Ou seja, *tessitura ontológica* refere-se a um constructo humano maior, porém composto de fios de entendimento/concepções singulares entrelaçados coordenadamente, como um tecido de concepções, impraticavelmente uniforme por ser de gênese humana.

> hoje que tu tens um sistema APAC[25] que financia os CAPS enfim... Não existia nada na época... Existia vontade local de organização do serviço né... Orientados por uma política estadual. Que era uma orientação mesmo... Que... O argumento, ele era tão forte, a construção teórica, política, do movimento social ele era tão forte que se convencia o gestor municipal a criar um serviço... Sem nenhuma especificidade de financiamento. Era a pressão do movimento... E acho que era o momento, o período que nós vivíamos de redemocratização ele também criava essa... Essa intenção política nos gestores... Mesmo os nossos aqui serem gestores muito conservadores (...) (***FLORBELA***)

Apesar da existência do serviço sem previsão de financiamento, uma conquista do movimento de saúde mental, havia necessidades municipais a serem contempladas que não poderiam ser deixadas ao sabor da gestão que estivesse à frente do poder executivo. Era preciso garantir o fluxo das internações psiquiátricas, estritamente quando necessárias, e em hospital geral, legitimar o poder do controle social, criar uma comissão municipal de saúde mental dentro do Conselho Municipal de Saúde e garantir legalmente o tipo de trabalho a ser realizado nos serviços de saúde mental que futuramente viessem a ser criados – a posteriormente chamada clínica psicossocial.

> Então... A lei surge do nosso trabalho, e aí... A participação popular que dá sustentação... Mas a elaboração da lei... Foi uma coisa bem... De... Elaboração e avaliação nossa. Porque nós entendíamos que estava chegando ao fim um governo e que nós não podíamos ficar na dependência do estado, que perdeu muito com a saída da (...) e o governo que assumiu não valorizava... Que nós queríamos ter a sustentação local né... Trocando o governo nós termos uma legislação que impedia a instalação de serviços em hospital. Então foi uma ação militante. (***FLORBELA***)

Ação militante e necessária. Apesar de prever a participação popular, a legislação de Alegrete foi proposta pelos trabalhadores militantes ao executivo municipal, que apresentou o projeto-de-lei à Câmara de Vereadores. Coube aos militantes a costura política com os vereadores da casa, o esclarecimento do projeto e a sensibilização em relação à sua importância.

> Aí procuramos os vereadores. O vereador Neri na época abriu, era do PT, abriu as portas para nós. Primeira coisa que ele fez foi nos colocar em contato com os vereadores, e nós apresentamos o projeto que era nosso, que iria entrar na câmara, e pedimos o apoio dos vereadores e todos disseram "vamos, vamos..." Foi unanimidade, votaram... Não tinha dúvida que era a melhor coisa para o município. O movimento que a gente estava fazendo com

[25] APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo; é a forma de financiamento permanente dos Centros de Atenção Psicossocial, regulada pelo número de vezes que o usuário comparece ao local de atendimento. Contraditoriamente necessita de diagnóstico psiquiátrico para ser emitida. O repasse de recursos é realizado fundo-a-fundo, ou seja, em depósito direto do ente federal para a conta bancária do ente municipal. Esta relação de planejamento e financiamento deve ser regulada pelo controle social através do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2002).

> conferência, com discussão, era tão grande que as pessoas estavam todas dentro desse processo. (***PESSOA***)

O texto, o *corpo* da lei propriamente dito, foi elaborado como trabalho final de um dos cursos de especialização realizados por profissionais da equipe na cidade de Bagé. A produção coletiva em relação à lei é realizada fora do município, o que configura bem a idéia de política vivenciada naquele momento, de forma regional, extrapolando as fronteiras municipais.

> Dois anos e meio. E o nosso trabalho... Para tu teres uma visão de como essa lei chegou, como é que veio a lei. Nós... Permanente construindo... Toda essa coisa de informação... Diagnóstico, proposta de trabalho... A gente tinha que fazer, elaborar projeto, enfim, cada módulo tu tinhas uma tarefa a cumprir. E o trabalho final é uma proposta para a cidade. É... No que se refere à saúde mental coletiva. (***FLORBELA***)

A discussão do direcionamento da lei passa diretamente pela característica de implicação pedagógica do curso, fornecendo diretrizes essenciais ao município que, somadas às vitórias no processo democrático que viriam a seguir fizeram do embrião do serviço de saúde mental um catalisador político, extrapolando seus direcionamentos ideológicos para outras políticas públicas, além da saúde coletiva. A formação/transformação pessoal que há ao longo do processo de construção de uma política pública inclusiva é, em seus atores protagonistas, única e inimitável. Dá seguimento a esta análise de dados uma amostra da construção individual possível que ocorreu na conformação política da saúde mental alegretense. Os conflitos entre gestão e militância, entre o ser trabalhador e o ser gestor tomam corpo a seguir, nesta etapa da pesquisa.

5.1.5) A importância do sujeito, sua subjetividade e a construção de valores pessoais comuns

As teorias a respeito do conhecimento científico partem do pressuposto de que os homens são seres racionais conscientes. A consciência humana é o conhecimento das coisas (do físico e de si) e um conhecimento desse conhecimento, o que se chama de reflexão. Ou seja, a consciência é saber da existência das coisas e da existência de si mesmo enquanto ser. A soma entre conhecer-se e ter a consciência disso forma o *eu* propriamente dito, o qual,

dependendo do ponto de vista escolhido, pode ser interpretado de uma ou outra forma: do ponto de vista da ética, da moral e da liberdade. O *eu* é a *pessoa,* livre para decidir de acordo com seus valores e responsabilidades; ou do ponto de vista político, no qual o *eu* é o *cidadão*. Este, além de ser um indivíduo definido por sua situação e classe também é um elemento no tecido das relações sociais, transitando entre as esferas públicas de poder e suas leis (CHAUÍ, 1995). Portanto, o *eu* "é uma vivência e uma experiência que se realiza por comportamentos; a *pessoa* e o *cidadão* são a consciência como agente (moral e político), como *práxis*"(CHAUÍ, 1995, p.118). A consciência é uma atividade sensível e intelectual dotada do poder de análise, ou seja, é o *sujeito*.

> Reconhece-se como diferente dos objetos, cria e descobre significações, institui sentidos, elabora conceitos, idéias, juízos e teorias. É dotado da capacidade de conhecer-se a si mesmo no ato do conhecimento, ou seja, é capaz de reflexão. É saber de si e saber sobre o mundo, manifestando-se como sujeito percebedor, imaginante, memorioso, falante e pensante. É o entendimento propriamente dito. (CHAUÍ, 1995, p.118)

São os seres *sentipensantes* aos quais oportunamente refere-se Galeano em seu *Libro de los Abrazos*[26]. Considerados desta forma exatamente pela formação de sua *subjetividade:* o *eu*¸ a *pessoa*, o *cidadão* e o *sujeito* fazem da consciência uma *subjetividade ativa*, "sede da razão e do pensamento, capaz de identidade consigo mesma, virtude, direitos e verdade" (CHAUÍ, 1995, p.119).

A construção dos valores, das crenças individuais e coletivas, das subjetividades individuais dos atores sociais compõem a cena do cuidado em saúde mental na cidade de Alegrete. O complexo processo de formação de tais subjetividades implica ou não as pessoas em determinadas ações políticas – distando-se a largo da noção de *partidarismo político*. A partir da identificação de valores comuns, os indivíduos podem organizar-se em um corpo social, capaz de determinar os rumos de suas próprias existências (ROSSEAU, 2007).

A formação da subjetividade de trabalhadores em saúde inseridos em um contexto de luta faz-se no cotidiano e nos enfrentamentos do processo social de afirmação ético-política. Determinar a(s) maneira(s) de cuidar da loucura alheia leva a implicações inicialmente técnicas – *inicialmente*:

> (...) o que fez isto foi a proposta, as pessoas trabalhavam assim ó... nós tínhamos 20h [de carga horária semanal no serviço de saúde mental], mas a

[26] Conforme descrito na etapa metodológica deste estudo.

> gente trabalhava manhã, tarde e de madrugada. Se o hospital chamava às duas da manhã, nós estávamos lá. Foi a militância(...) porque se não fosse o movimento da luta antimanicomial a gente não teria garra. Foi a reforma psiquiátrica, foi através de toda a inserção do núcleo do Forum Gaúcho de Saúde Mental... Não foi por eu ser funcionária oficial da secretaria de saúde. Era uma coisa maior do que isso. E foi através do Forum Gaúcho né, do movimento de saúde mental no Rio Grande do Sul que a gente começou. (***BLAKE***)

Ao que ***BLAKE*** denomina de *militância* é possível chamar *valor comum*. A necessidade da comprovação técnica da possibilidade de cuidado à loucura em outros aparelhos distantes da realidade manicomial naquele momento histórico era tamanha que as determinações sociais relativas ao trabalho foram sobrepujadas – "tínhamos 20h [de trabalho semanal previsto], mas a gente trabalhava manhã, tarde e noite". A *militância* mantinha-se justamente pelo valor coletivo comum e dizia respeito a uma concepção de cuidado que se distanciava do cartesiano sistema de *causa e efeito* do qual a psiquiatria positivista é refém, com sua necessidade de diagnose constante, de *busca de remédio para a moléstia* (LUZ, 2008).

A concepção humanista do sujeito, da qual a reforma psiquiátrica brasileira é cientificamente oriunda, busca o resgate da dignidade do homem embasado nos direitos universais de liberdade e à vida. O movimento humanista é iniciado no século XV e segue através dos séculos XVI e XVII entendendo o homem como *agente* moral, político e técnico-artístico; é predecessor do positivismo, este por sua vez, base das ciências biológicas de classificação e padronização natural – forma que não se ajusta às existências humanas, haja visto o fracasso das *nosografias* psiquiátricas[27].

Os atores da reforma psiquiátrica na cidade de Alegrete encontraram *sentido* em seu trabalho ao executar outras formas de cuidado à loucura. Foi preciso que eles localizassem suas existências na própria história da construção de novas formas de cuidado, como bem ilustra novamente ***BLAKE*** em seu depoimento:

> (...) acho que a grande diferença é que a equipe que fez... Foi vestir isso como um projeto de vida. Não era um trabalho para ganhar dinheiro. A coisa do respeito no processo histórico né... Que em alguns momentos falta, mas que a gente conseguiu manter na grande maioria das vezes. Saber que tem um processo e que sempre, nada começou aqui onde eu estou, mas teve alguém atrás de mim que começou esse processo. Eu acho que isso faz a grande diferença, a gente consegue sempre olhar que não é aquela coisa de não se apropriar da história, mas que a história é um compartilhar de várias

[27] As chamadas nosografias psiquiátricas são as primeiras formas de registro e classificação das patologias mentais, desenvolvidas inicialmente por Philippe Pinel. O médico francês é considerado o "pai" da psiquiatria e da medicina moderna por iniciar um método de observação e classificação da loucura (AMARANTE, 2007).

> mãos que juntas fizeram (...). A gente fez junto com muitas pessoas né. E isso que é importante. (***BLAKE***)

O entendimento do significado político de ser um trabalhador em saúde ultrapassa o próprio significado do trabalho em sua concepção capitalista – "não era um trabalho para ganhar dinheiro" (***BLAKE***). O que ela ressalta aqui é novamente a questão do valor pessoal que possui o cuidado em saúde mental para este grupo de trabalhadores, uma concepção de transformação da ordem social, uma orientação democrática de cuidado.

Goldmann (1970), ao comentar a formação acadêmica em geral, ressalta um aspecto da sociedade contemporânea que vêm descaracterizando a própria formação profissional:

> (...)[essa] sociedade que se caracteriza dentre as outras pela produção e consumo em massa e da qual já dissemos uma vez, que arrisca realizar, como principal produto em massa, *diplomados analfabetos*. (GOLDMANN, 1970, p.9)

O que Goldmann traz à tona é justamente o que vem ocorrendo como fenômeno de massa nas formações acadêmicas em saúde atualmente no Brasil. Tecnicamente competentes em sua maioria, os recém-diplomados são *historicamente analfabetos*, o que os impossibilita de alinhar as biografias aos processos sociais que envolvem as questões de saúde mental coletiva. Os técnicos alegretenses contrastam com essa realidade na medida em que ocupam seu lugar nos vetores históricos dos quais são protagonistas, mesmo que, em sua maioria, fossem pessoas recém-formadas quando tomaram para si o sentido da história em que estavam inseridos. ***WHITMAN*** exemplifica a questão com um pouco de sua biografia:

> Então acho que aprendi muito nesse fato de sair de casa, de ir para a vida, de participar de militância... A gente participou daquele "fora Collor", depois da luta pelas diretas... Todo aquele movimento a gente participou né... Então eu acho que isso vai nos dando uma noção boa de cidadania, de direitos, de... Foi bem o período que a reforma sanitária estava no auge (...) brigando pela constituição. (***WHITMAN***)

Não era uma luta solitária: "os *outros* homens cada vez mais se tornam, não seres que vejo e ouço, mas aquele com os quais *ajo em comum*" (GOLDMANN, 1970, p.22). O ato em comum da luta pelos valores nos quais a subjetividade dos sujeitos se expressa forma os próprios atores durante o processo histórico e, por meio deste processo de idas e *feedbacks* a subjetividade igualmente se forma/transforma/transtorna.

> E aí nós fomos... Acabamos nos fortalecendo, nos encontrando todos no núcleo que foi da saúde mental, e aí investimos toda a nossa força de trabalho tentando formar o ambulatório em um serviço de atenção integral. Foi por isso que a saúde mental ganhou tanta força. (...) Só tinha um lugar em que nós poderíamos trabalhar. (***BLAKE***)

Durante sua entrevista, é possível perceber na gravação de áudio que ***BLAKE*** acentua e ressalta: "Só tinha *um* lugar em que nós poderíamos trabalhar". A desorganização necessária para aproximar-se do fenômeno da loucura, do caos pulsante, que universalmente aproxima-se aos fluxos vitais de todos homens, possibilitou a estes profissionais a força política; impulsionou seu encontro no território da loucura, em que *tudo é permitido* e há pouco estranhamento. Em outro contexto, acreditar, no início da década de 1990, que profissionais que lidam com loucos elegeriam vereadores, vice-prefeitos e concorreriam a sério no pleito municipal poucos anos mais tarde, não seriam sonhos e, sim, sintomas.

O redirecionamento das existências envolvidas no fenômeno da loucura ao desterritorializá-la de sua capacidade social estigmatizadora é maior que qualquer processo jurídico/legal/administrativo. ***BLAKE*** lembra de um usuário que a marcou em sua trajetória e que trazia, em sua história de vida, uma ressignificação da loucura, do *diferente*, uma reconstrução de seu sofrimento psíquico:

> E aí assim, claro, o usuário que era um usuário excluído, abandonado, não tinha nunca direito à nada, começar a participar de um momento destes, tu imagina a gana que dá. Nós temos uma pessoa que até hoje diz assim ó "a vida que querem que eu tenha, a vida normal, nunca me levou a lugar nenhum. A loucura me levou a São Paulo, ao Rio de Janeiro... Me levou a vários lugares". Então eu acho que isso que é o muito legal. Em cada encontro que ela ia em outra cidade ela fazia esse depoimento. Na verdade a saúde mental botou essas pessoas numa vida que elas jamais teriam se não fosse o movimento. Não só pelo direito ao tratamento porque passaram a ter e não precisaram mais ir pro hospício e não precisaram mais ficar escondidas em casa, mas também botou numa vida social, que elas também não tinham. Então incluiu pelos dois lados, pelo lado do direito ao sistema né, da atenção, e pelo lado do direito à vida. (***BLAKE***)

A burocratização técnica a que é submetido o profissional de saúde, correspondendo ao seu *papel social* de identificar, classificar, planejar e tratar, é inegável. A sociedade criou instituições formadoras justamente para isto, esta é a base do conhecimento científico em saúde. Apesar deste encargo, as instituições de ensino também se constituem em espaços de contradição, o que implica em corresponder a um papel social esperado, porém, de forma crítica. Não reproduzir modelos de exclusão e estigmatização construídos, neste caso, em relação à loucura e ao louco.

Fruto contraditório da formação em saúde é a confusão entre os aparelhos de tratamento de fundamentação técnico-científica biologicistas. Estes, eficazes nas curas das moléstias biológicas como cânceres, infecções e disfunções *biológicas*; falham na tentativa de aplicação destes conhecimentos ao *tratarem existências*. A identificação de *sofredor psíquico* parte do próprio agente que *classifica a loucura* e este, por sua vez, é parte da própria sociedade que é gênese da produção delirante – entendida pelo observador científico como *sofrimento* (AMARANTE, 2007). Pois em alguns casos, confundindo a lógica, invertendo/subvertendo o cartesianismo, o sofrimento deixa de ser sofrimento e é vida, é transformação, é *subjetividade* pura. A dificuldade em realizar esta *subversão da clínica* não é um privilégio que não atinja também a cidade de Alegrete.

> (...) e é isso que eu vejo que as equipes têm dificuldade de entender... que elas... Não é uma questão burocrática e técnica, fria... Tem que ter envolvimento senão tu não consegue dar conta da vida das pessoas né... Tu trabalhas com projetos de vida, não é com um projeto terapêutico, clínico (...) (***FLORBELA***)

Mesmo que a *força de sentido* deste entendimento acerca da loucura encontre-se em um entendimento cognitivo individual, a convergência de muitos entendimentos individuais semelhantes cria uma identidade, uma *força de sentido social*. Ou seja, a partir da busca de apoio por valores comuns, forma-se um "constructo" sólido, que usa de dispositivos legais como a legislação vigente/conquistada como ponto de apoio, como ferramenta. É preciso que esta identidade seja clara, que nunca deixe de ser transformável, passível de debate, porém, que seja nítida em suas convicções: o lugar da loucura é qualquer lugar e lugar de louco é dentro da sociedade (COSTA, 2003).

> Então aí é importante... Tem muitas mãos, mas estas mãos tem identidade tu entende? E é uma identidade comprometida com um projeto. E tu busca o apoio nesses lugares, nessas pessoas. Não é qualquer curso. Não é comprar pacote para dar emprego para alguém, ou para alguém ganhar... Não. Tu compra o pacote se o pacote te serve. (***BLAKE***)

Por serem existências, repletas de crenças e valores comuns mutáveis é essencial para o sucesso coletivo da democracia, a manutenção da autonomia individual. O incentivo à livre escolha, à ampliação de horizontes para possibilitar escolhas mais conscientes de valores e entendimentos disputa, conceitualmente, com a definição de *seres históricos* da qual este trabalho se vale. Já foi mencionado anteriormente que ao homem é dada a opção de escolha, de liberdade, porém, uma

escolha de algum lugar, uma liberdade situada no tempo e no espaço. Escolhas e liberdades guiadas historicamente. A manutenção dos valores coletivos depende diretamente da capacidade de autonomia que os indivíduos possuem em um dado grupo social. Quanto maior a autonomia individual, maior a força coletiva do valor comum. Quando parte de um coletivo institucionaliza-se após os processos democráticos de conquista, apenas alguns indivíduos assumem cargos individuais de gestão. A manutenção dos valores que os carreou até tais cargos é um desafio, tanto para o indivíduo que ora é gestor, quanto para o coletivo que o apoiou. Imenso desafio, identificado por ***BLAKE*** em sua entrevista:

> (...) agora, o desafio é, saber que em alguns momentos uns vão estar na gestão e aí não tem condições de levar o movimento ou a associação e outros vão ter que pegar. Eu acho que não pode ser todos em todos os lugares né. E aí tu tem que ter gente. Por isso a coisa da autonomia é importante, porque se tu tem um movimento onde as pessoas não tem autonomia, tu não consegue fazer isso. (***BLAKE***)

Outra face do mesmo desafio é o exercício da participação em que os indivíduos farão uso da autonomia. Na relação com as lideranças sociais, dependendo das *verdades reveladas* por estas ao coletivo, a participação, a autonomia que deveria ser integralmente pertencente ao indivíduo, corre o risco de tornar-se uma relação de *tutela*. Tal relação vai contra o entendimento humanista de sujeito. Revelar ao indivíduo parte da verdade factual, ou moldá-la para determinado fim, é uma característica humana da relação de subjetividades, de difícil administração social e que, se pouco sustentada em valores de bem comum, pode perigosamente vir a ser direcionada a fins puramente individuais. O papel da gestão, neste caso, é do incentivo à autonomia[28], inclusive direcionando recursos que reforcem a capacidade de escolha dos indivíduos.

> (...) o que eu tenho pedido assim é que a gente consiga fazer um fluxo de custeio e de investimentos que garanta isso né... Que faça esse fortalecimento. Agora, é a coisa da autonomia né, não dá para tutelar a participação. A participação ela tem que ter autonomia ou não é participação. (***BLAKE***)

[28] O conceito de autonomia referido aqui é o mesmo de Campos (2005,2007) e Rollo (2007). Este refere-se à "possibilidade de automover/agir dentro de 'nomias'/normas ético-estéticas, técnicas administrativas de uma instituição/organização e do estado de direito de um dado país/mundo" (Rollo, 2007, p.41). Para Campos (2005,2007) a autonomia deve ser entendida como o aumento da capacidade de agir e compreender sobre o contexto e sobre si mesmo, utilizando a capacidade reflexiva humana para estabelecer compromissos e contratos com outros.

Por meio de ações militantes foi possível aos trabalhadores alegretenses manter o direcionamento antimanicomial do cuidado exercido nos aparelhos clínicos, mesmo antes da promulgação de tal direcionamento em forma de lei municipal. Por vezes houve apoio da gestão municipal, porém, quando esta se ausentou a militância garantiu o direcionamento ético-político.

> (...) tinha respaldo. Respaldo de gestão e de militância. Porque assim ó, teve muitos anos que a gente não teve esse respaldo de gestão e nós continuamos aqui fazendo. Em Alegrete sempre fazendo. Fazendo um encontro regional, fazendo um encontro da fronteira oeste, trazendo gente para dar aula. Convidando um amigo para vir ver alguma coisa, conseguindo que alguém pagasse a sua passagem para ele não ter despesas... Então foi assim que a gente conseguiu manter isso assim. (***BLAKE***)

Uma das características marcantes dos primeiros regimentos internos dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros, mediante a incipiente política de municipalização do início da década de 1990, era o de nomear o Secretário de Saúde como presidente do referido conselho. Em alguns municípios brasileiros tal característica se mantém, mesmo decorridas quase duas décadas de controle social institucionalizado. Alegrete foi um dos poucos municípios em que esta característica foi barrada pela ação militante dos trabalhadores em saúde.

> (...) na verdade nós fazíamos parte do conselho. Eu era conselheira nessa época... Então eu entrei no serviço... Fui servidora concursada, depois eu fui para o conselho. A gente logo percebeu que tinha que ser ator social. Então, tinham os espaços de participação no conselho... A gente chegou a brigar para ser presidente do conselho na época. Desmontamos... Tinha uma proposta de constituição do conselho em que o secretário era... Que a lei estabelecia que o secretário era o presidente do conselho... Mas, armamos um *show*, brigamos... Sei que o prefeito teve que recuar, mudar a lei... Olha, a gente sabia... Sabe né... A gente sabia muito que a lei... Que o conselho não podia desse jeito ser tutelado né. E foi um dos primeiros conselhos da região que não ficou estabelecido na lei que o presidente do conselho era o secretário. (***FLORBELA***)

O serviço de saúde mental de Alegrete, porém, não é composto apenas por militantes, estes atualmente são minoria. O trabalho direcionado pela militância e executado por trabalhadores comprometidos eticamente com seu fazer é o “constructo” sólido em que se apóia a política de saúde mental de Alegrete, desde a promulgação da nova Constituição Federal de 1988 – materializada na cidade pelo concurso público de 1989 e pela conseqüente absorção de novos profissionais de saúde na cidade. É preciso equilibrar constantemente o jogo de forças entre militantes e trabalhadores, possibilitando a ambos voz e poder de decisão acerca de seu fazer.

> Isso é muito difícil né. Na verdade a gente tem que chegar em um equilíbrio entre a questão da militância e do compromisso com o trabalho. Porque tu não precisas ser militante para ter compromisso com o teu fazer. E o que a gente vê hoje são pessoas sem compromisso com o fazer. Porque mesmo que tu não seja militante, se tu tiver compromisso com o trabalho que tu está fazendo, né, o teu trabalho vai ter outra repercussão que daquele que só vai para cumprir alguma coisa. E que nem cumpre, que muitas vezes não cumpre. Então se tu conseguir, assim ó, uma negociação que também é uma negociação da democracia né, entre o militante saber trabalhar com aquele trabalhador que é... Que tem ética no seu fazer e tem compromisso, sem saber... Sabendo que ele não vai ser militante, porque ele é um trabalhador comprometido, acho que tem como fazer uma parceria com o trabalhador também. Então se tu tiveres um percentual de militantes numa equipe, e tiver um percentual de trabalhadores comprometidos acaba fluindo. E eu posso te dizer que conosco aconteceu assim. Nós diminuímos muito a coisa... Não temos muitos militantes, não temos. Mas nós temos alguns trabalhadores comprometidos, e estes puxam o resto do todo e fazem a diferença. (***BLAKE***)

Portanto, valorizar a subjetividade do homem é fornecer-lhe consciência histórica e conjectural para a liberdade de ação através de sua participação, quer seja como trabalhador, quer seja como militante. Ambos, militantes e trabalhadores, são parte de um todo, a sociedade. Mesmo que esta seja a produtora do sofrimento para o qual elenca pessoas a tratar – os profissionais de saúde mental – igualmente fornece-lhes ferramentas para questionar este papel.

Igualmente contraditória é a relação da sociedade com a democracia, outra produção sua. Concomitante às instituições democráticas, que em sua essência visam a distribuição igualitária do poder de decisão acerca dos rumos da sociedade, fornece ferramentas contraditórias de manutenção do "*status quo"*. A disputa social resultante da relação de tais contradições igualmente atinge as disputas políticas e técnico-científicas.

> (...) mas é uma disputa de projetos permanentemente né. Tu está sempre disputando o que tu acredita que é humanizado, humanitário e democrático e tal.... Com um modelo perverso, manicomial, *hospiciante*, detonante das pessoas. (***WHITMAN***)

Quando há esta valoração dos atos individuais, quer sejam eles de cuidado, políticos, militantes, afetivos, criativos o papel social executado secundariza-se; importa, antes de tudo, o conjunto de desterritorialização da loucura, de não-estigmatização, de ausência de julgamento moral ao sofrimento e ao sofredor psíquico.

5.2) A implementação

5.2.1) Os processos transformadores

A partir do ano de 1996, com a orientação técnica do cuidado à loucura materializada na Lei Municipal 2662/1996, segue-se outra etapa na história da saúde mental do município de Alegrete. O interstício entre a lei municipal da cidade e a legislação nacional de reforma psiquiátrica é marcado por conquistas pessoais e políticas dos trabalhadores em saúde mental que, pela exposição/implicação ocorridas na defesa dos excluídos pela loucura, acabou alçando-os a outros horizontes políticos. Portanto, neste capítulo aborda-se o momento *pós legislação de 1996,* detendo-se às questões concernentes ao Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental e seus desdobramentos, não atingindo a discussão/inserção dos atores sociais da saúde mental em outras políticas públicas (nos cargos de vereança e de gestão).

Os enfrentamentos políticos de gestão e dos pleitos eleitorais demarcaram um diferencial da atenção à saúde mental em relação à atenção primária no município. Criou-se um terreno claro de militância e de conquistas, uma identidade de trabalho, muito próxima à idéia de *democracia direta* de Gramsci (1968) e Togliatti (1980). A forma de trabalho e o terreno de execução deste era tão nitidamente diferenciado das outras ações pertencentes à mesma secretaria municipal (de Saúde) que, em um dado momento histórico, chegaram a ser confundidas administrativamente pelo gestor da época.

> A saúde mental sempre foi colocada para... Como um divisor de águas. Quando se falava em Sistema Único de Saúde todo mundo lembrava era da saúde mental. Tanto que nós chegamos, teve uma época que todos os comprovantes de pagamento da secretaria de saúde diziam “Secretaria de Saúde” e os contra-cheques da saúde mental diziam “Secretaria Municipal de Saúde Mental”. Então tu identificava uma incapacidade do gestor de entender o processo tanto o processo da saúde mental como do SUS. Era uma coisa à parte porque era visível o conceito né, de qualificação do Sistema Único de Saúde, de investimento no cuidador, de responsabilidade com a sociedade sabe? (***PESSOA***)

A separação administrativa demonstrada nos comprovantes de pagamento da época denota a incapacidade do gestor em entender o compromisso ético-político dos militantes da saúde mental no município. O ano de 1996 demarca também a eleição de uma das militantes da saúde mental da cidade como vereadora. A partir

da inserção político partidária, a política de saúde mental confundiu-se, equivocadamente, com o Partido dos Trabalhadores (PT), no entendimento dos setores conservadores da política partidária do município. As retaliações ocorriam conforme os gestores oscilavam entre o radicalismo conservador e o interesse de uma política pública de saúde de qualidade. O serviço de saúde mental chegou a ser denominado pejorativamente como "um *antro de PT",* por um secretário da saúde[29] no final da década de 1990, referindo-se aos trabalhadores militantes que possuíam inserção partidária. ***WHITMAN*** refere-se a um episódio em que tal desconfiança chegou a ser materializada em uma ação de gestão de puro desconhecimento político por parte do secretário da saúde da época:

> (...) bota um cara lá para nos vigiar, que a gente apelidou ele de sombra... Depois a gente conquistou ele né. É gente também, até era bem bacana o coitado... Desinformado... Mas a gente brincava com ele: "oi sombra!" e tal... E aí eu digo... "ó, não vai esquecer de contar tal coisa para o secretário hoje... Não esquece tal coisa, não vai esquecer..." Aí caiu né, ele no fim acabou dizendo isso para o secretário, "olha eu... não tem cabimento eu estar lá dentro, as pessoas estão lá trabalhando, todo mundo está lá trabalhando... Trabalhando pela comunidade... Essa questão partidária não é discutida dentro do serviço de saúde mental..." (***WHITMAN***)

A garantia de respaldo, maior que qualquer inserção político partidária, era dada pelo movimento social que se criou em torno da questão da saúde mental. Os movimentos sociais são reconhecidos por sua pluralidade e capacidade de criação. Frutos contraditórios da situação, contra a qual se impõe – não haveria luta antimanicomial se previamente não existissem os manicômios – os mesmos possuem história, trajetória e, por serem constituídos por pessoas, são igualmente contraditórios e multifacetados.

> (...) os movimentos sociais, nas sociedades complexas, são redes de ações que desenham uma estrutura submersa, um mosaico formado por indivíduos e grupos que, em estado de latência, gestionam, no cotidiano, as lutas, reflexões e os questionamentos acerca da realidade social. (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007, p.401)

O ano de 1998 marca a fundação da Associação de Usuários e Familiares do Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete. Mesmo com a representação política na câmara de vereadores, pela característica plural concernente aos movimentos sociais, outras lideranças aglutinaram-se para formar uma instituição com o propósito de aproximar-se dos usuários e familiares. A

[29] Conforme anotação em diário de campo do dia 09/03/2009.

questão comum é a saúde mental, porém surgem contradições, tensionamentos e construções próprias do funcionamento democrático, ideológicas e contra-ideológicas (GRAMSCI, 1968)[30]. O movimento social de saúde mental de Alegrete era

> (...) vinculado ao movimento nacional... Na época nós tínhamos o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial... Hoje nós temos mais de um movimento... Como todos os movimentos eles vão, vão, vão... E lá pelas tantas eles não se suportam né... E se criam outras coisas... E nós temos outros movimentos... (***FLORBELA***)

Este processo refletiu-se nas eleições municipais de 2000, em que a associação de usuários e familiares apoiou a eleição de uma vereadora não trabalhadora na área de saúde mental, rompendo também com a cooperativa Qorpo Santo[31]. A fundação da associação é considerada, pela maioria dos entrevistados, como algo que se deu *ao longo do caminho*, como um fruto da multiplicidade social que se alcançou na política de saúde mental do município.

> (...) em Alegrete quem fez a questão da legislação e movimento na época não tinha associação, foi o movimento. Não foi uma associação... A associação se fez no percurso. Então assim ó, para além da associação tinham muitas outras pessoas que não faziam parte da associação mas que entendiam a importância da associação, estavam junto. Então a associação, ela se fez nesse caminho. Eu nunca fui membro da associação, para tu ter uma noção assim ó, eu nunca participei de assembléia da associação. (***BLAKE***)

A inclusão de novos atores ao processo demonstra a pluralidade e o alcance público que a saúde mental atingiu no município, chegando a eleger candidatos de orientações políticas divergentes no mesmo pleito municipal.

O final da década de 1990 marca um funcionamento com poucos recursos, quadro que mudaria sensivelmente apenas com a lei de reforma psiquiátrica nacional, no ano de 2001, a partir da regulamentação do financiamento de serviços substitutivos ao manicômio. Neste período, anterior ao financiamento específico, ***FLORBELA*** acredita que a militância garantia a qualidade da atenção:

> (...) não necessariamente a qualidade da atenção hoje é a mesma que se tinha há dez anos atrás. Dez anos atrás a fulana, eu passava o final de

---

[30] Para Gramsci (1968) a ideologia são as idéias hegemônicas que circulam na sociedade e que legitimam um conjunto de valores, os quais, em última instância, refletem as divisões, as lutas sociais e as relações de força da sociedade. Segundo este mesmo autor, os tensionamentos surgidos no exercício da ideologia por seus atores propicia o que o mesmo denomina de contra-ideologia – uma desconstrução/reconstrução dos valores ideológicos a partir de si mesmos.

[31] A Cooperativa Qorpo Santo era uma alternativa de geração de renda criada por iniciativa dos trabalhadores de saúde mental. Gerenciada totalmente por usuários, teve participação e reconhecimento no III Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, realizado em Porto Alegre no ano de 1997, ao fabricar as bolsas e pastas utilizadas pelos participantes do evento. A cooperativa durou cerca de 4 anos.

> semana com ela, ela sabia que ela surtada dentro do hospital eu ia estar lá com ela, tinha plantão, a gente acompanhava final de semana, a gente era incansável... Eu acho que era um excesso de militância... Eu quase que me esvaí, como se diz... (***FLORBELA***)

A polarização entre a condição de ser militante e/ou trabalhador amplia-se a partir do financiamento específico e da criação de novos serviços de acordo com a portaria 336/2002[32], na qual os postos de trabalho foram multiplicados, assim como os serviços. O Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental passou a ser um Centro de Atenção Psicossocial e houve a criação de novos serviços substitutivos: um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas e um Serviço Residencial Terapêutico. O serviço de saúde mental torna-se então o Sistema de Saúde Mental que conta, além dos serviços substitutivos citados, com os plantões de Acompanhantes Terapêuticos no Hospital Santa Casa de Alegrete para acompanhar as internações que se mostrem necessárias. A *institucionalidade* garante vantagens administrativas e organizacionais que, se descoladas do processo histórico em que estão inseridas, perdem o sentido de conquista e de criatividade.

> (...) se articulou a rede de um outro jeito né... Hoje tu tens serviços de acompanhamento, acompanhante terapêutico dentro do hospital… Então não é mais o terapeuta.(...) Existe muito mais estrutura, existem os plantões né, existem os acompanhantes terapêuticos dentro do hospital, mas acho que uma das coisas maravilhosas que nos constituiu como referência e que faz com que eu hoje entenda, possa discutir com um psiquiatra sobre a atenção, que eu possa discutir a medicação que ele está utilizando com o meu usuário, com aquele que eu estava acompanhando, exatamente era a responsabilidade que tu tinha ao assumir como terapeuta de referência. Que hoje não tem mais né... Então, eu quando ia pra dentro de um hospital acompanhar um fulano surtado eu tinha que dar conta, entendeu? Eu tinha que usar da minha criatividade, ali não era clínica... Era clínica, mas uma outra clínica...(***FLORBELA***)

Uma outra clínica, pessoal e de envolvimento, não um *objeto de trabalho*. O fenômeno local não é um privilégio, podendo ser observado empiricamente como uma dificuldade nacional da reforma psiquiátrica. Pessoas em sofrimento psíquico que necessitam ser cuidadas são o objeto de trabalho, porém é preciso considerar que mesmo nesta condição tal objeto ainda concerne diretamente à vida das pessoas. Portanto, ao institucionalizar os modos de cuidado à loucura, a clínica corre o risco de se repetir, conforme as identificações patológicas realizadas. Cria-se um cuidado à doença e não ao indivíduo, perdendo a noção proposta por Basaglia

[32] A Portaria Ministerial 336/2002 do Ministério da Saúde regulamenta a implantação e o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial no território brasileiro.

(1991) de *deixar a patologia entre parênteses*. A institucionalidade amarra o movimento de saúde mental neste momento não apenas na cidade de Alegrete, já que o fenômeno repete-se no estado do Rio Grande do Sul e nacionalmente.

> Eu digo que nós não estamos à altura da nossa tarefa, isso eu digo em qualquer lugar. Eu acho que nós não... hoje o movimento, a situação política, brasileira, tanto da democracia quanto do Sistema Único de Saúde, quanto da reforma, é outro momento. Nós somos a política oficial e estamos na vidraça, estamos na institucionalidade, temos muitas fragilidades, e cada um praticamente foi se acomodando no seu espaço. E um não potencializa o outro, que eu acho que é o mais grave. Um não potencializa o outro e também não conseguimos sinalizar para o Brasil, para a massa de trabalhadores que tem dentro dos serviços de saúde mental que nós temos algumas bandeiras em comum que nós precisamos ligar. E continuamos nos unindo no jeito mais primitivo que pode existir, que é quando tem um inimigo quando nós somos atacados. Então aqui no Rio Grande do Sul, cada vez que querem mudar a lei, nós nos juntamos todos e mostramos a força. Ganhamos a batalha... *CHUM*! Nos fragmentamos de novo, pulverizamos de novo. E nacionalmente acontece a mesma coisa. ***(REIS)***

A despeito das motivações políticas/pessoais que possam existir e que conduzem a cisão que hoje assola o movimento social de reforma psiquiátrica no país, os serviços substitutivos seguem *aprendendo a fazer* a clínica psicossocial com o decorrer do processo, ao longo do caminho.

As dificuldades de agregação locais observadas em Alegrete, o aparente distanciamento da base (população) demonstrado em alguns momentos, foi reforçado, historicamente, no município por mecanismos semelhantes ao chamado *centralismo democrático.* Objetivamente, caracterizando o chamado *centralismo democrático* pode-se afirmar que é o mecanismo de tomada de decisões a partir de um pequeno grupo, que se encarrega, através de seus componentes, de levar tais decisões como direcionamentos para a base, muito mais numerosa em relação ao primeiro grupo que *forneceu os rumos*[33]. Este "*modus operandi"* de alguns

---

[33] O conceito de Centralismo Democrático foi desenvolvido por Vladimir Ilitch Ulianov, conhecido historicamente como Lênin, durante a transição entre os séculos XIX e XX. O conceito é exposto e discutido em duas obras suas: Quê Fazer (1902) e Um Passo em Frente, Dois Passos Atrás (1904) (LAZZARETTI, 2007). Pensador preocupado em aproximar os conceitos revolucionários marxistas à realidade camponesa russa, Lênin afirma que um partido revolucionário deve possuir um núcleo sólido e organizador, a partir de parte dos trabalhadores mais lúcidos e combativos associados a intelectuais envolvidos com a causa proletária. A organização revolucionária seria *de cima para baixo*, sendo o núcleo forte o direcionador dos movimentos da base, composta pelo restante do proletariado (LÊNIN, 1978). O conceito de centralismo foi subvertido inicialmente por Stalin na União Soviética, que radicalizou as perseguições políticas aos indivíduos discordantes das orientações gerais do partido. Secundariamente tornou-se, em outros regimes socialistas como a Alemanha Oriental por exemplo, o chamado *centralismo burocrático*, em que uma minoria distancia-se das ações práticas e da realidade, instalando-se em posições de comando administrativas e direcionando ordens ao proletariado. Autores como Gomes (1999), Shanin (1980) e Domingues (2005) defendem que a proposta leninista era a de fornecer um norte comum à massa proletária sobrepujando o capitalismo

movimentos, ideologicamente, é de fácil contradição entre os atores sociais de orientação de esquerda, que usualmente discordam entre si sobre a aplicabilidade, validade e mesmo legitimidade de tal processo. Um dos atores sociais de Alegrete reconhece neste funcionamento um mecanismo saudável da década de 1990:

> Isso... Mas isso já não acontece mais. Isso não existe mais. Aliás, sentimos falta disso. Até esses dias conversávamos sobre isso. Funcionou muito assim, nacionalmente e no estado também. Aqui no Forum Gaúcho de Saúde Mental e no Brasil no Movimento de Luta Antimanicomial. Desde que houve um racha no movimento da luta antimanicomial, em 1998 ou 2000, uma coisa assim, nós nunca mais conseguimos unificar. Nos unificar a aponto assim, de nos unificar e fazer bandeiras de luta. Houve alguma tentativa ao fazer o encontro em Bauru, dos 20 anos, fomos todos e nunca sentamos... Fomos todos e os mais velhos, vamos dizer assim, e os que iniciaram o movimento, mas não conseguimos sentar e fazer um acordo, construir uma agenda comum. (***REIS***)

Independentemente dos valores ideológicos agregados, o importante é que tal mecanismo reforça a dicotomia existente entre gestão e trabalhadores, entre trabalhadores e usuários, entre militantes e trabalhadores; distanciando as peças constituintes do mosaico social da reforma psiquiátrica. Enfraquecendo o objetivo maior que, mesmo que timidamente faz-se presente, da não-estigmatização da loucura, da não-normatização da existência e da negação dos manicômios, físicos e mentais. A partir da contradição/indecisão/inconciliação entre o aumento da participação dos usuários nos fóruns decisivos de gestão ou não, o movimento de saúde mental perde sua massa crítica: as pessoas que dele fazem parte e que retroalimentam o movimento. Portanto, a sociedade perde a possibilidade de agregar valores solidários ao enfrentamento da loucura enquanto fenômeno, enquanto direito de *existir de forma diferente*.

Analisando o território do estado do Rio Grande do Sul, vê-se que para a defesa dos valores reformistas principais a agregação ainda ocorre, porém, devido à constante abertura de postos de trabalho e novos serviços substitutivos, incorre-se no risco da despolitização quase que completa dos serviços de saúde mental. Tal feito levaria a um desligamento histórico e a um enfraquecimento, provavelmente fatal ideologicamente, levando os ditos serviços substitutivos à perpétua repetição dos mecanismos excludentes e, conforme menciona uma das entrevistadas, *hospiciante* (***WHITMAN***). A vivência é de idas e vindas no processo democrático; é

---

em direção ao socialismo. Historicamente viu-se que o julgamento das atitudes consideradas contra-revolucionárias por parte do Partido Comunista russo resultou na morte de milhares de pessoas e na deportação de cerca de 13 milhões de indivíduos (MARQUES; OSTERMANN, 2000).

preciso uma causa pela qual lutar, do contrário o movimento torna-se enfraquecido, sendo facilmente manobrável e perdendo a utopia necessária à transformação possível. Estamos próximos, empiricamente, de retrocessos nas conquistas realizadas na década passada no campo da desinstitucionalização da loucura e da clínica psicossocial no território nacional.

> Nunca esteve tão perto disso. Eu espero que o tropeção não seja tão grande assim, que a gente consiga... Nós estamos vivendo este momento, nós estamos... O Sistema Único de Saúde está vivendo isso, o pacto de saúde apareceu como uma tentativa de repolitização do SUS em relação ao movimento sanitário e a reforma psiquiátrica vai para o mesmo caminho. Nós precisamos da repolitização do movimento e dos trabalhadores. (***REIS***)

Após este breve afastamento das questões locais do objeto de estudo que, por representarem uma pequena amostra do todo nacional, refletem "*in loco"* os processos de cisão do movimento, observados no território brasileiro[34]. É preciso explicitar a implementação dos serviços após o financiamento direto, chamado de *fundo a fundo,* concedido pelas portarias ministeriais regulatórias da Lei 10.216/2001. As decisões e as formas de gestão que caracterizaram o período de 1996 até o ano de 2000 são marcadas por atritos de disputa ideológica e política, entre a gestão, até então conservadora e presente no poder executivo, e a militância em saúde mental, presente apenas no poder legislativo, através de cargos de vereança.

> (...) e foi uma luta muito assim de enfrentamento. Eu me lembro assim que teve vários secretários de saúde que desbancavam as gurias né (...) porque o pessoal tentava desmontar as coisas que a saúde mental construía. Então de alguma forma assim às vezes as coisas aconteciam assim né, se espraiava. Mas assim, não tinha problema, porque aí continuava no outro lugar, fazendo saúde mental. Né, muitas vezes isso acontecia assim... Tanto é que a gente dizia que quando uma largava o bastão a outra pegava né... Porque nós tínhamos um secretário na época (...) Ele desmanchou com o movimento. As pessoas assim que tinham uma militância assim mais forte, estavam em outros lugares. Mas isso não quer dizer que a militância não tivesse continuado. (***CAEIRO***)

Como estratégia de desagregação, a gestão optava por deslocar os funcionários militantes, afastando-os do serviço de saúde mental, uma maneira de atingir a organização social de ideologia esquerdista que se formou em torno da

---

[34] O movimento de saúde mental reformista brasileiro sofreu uma cisão após a promulgação da Legislação Nacional de Reforma Psiquiátrica de 2001 (LC 10.216/2001), a qual intensificou divergências surgidas ao longo da década de 1990. A discordância interna entre a maior participação de usuários nos fóruns decisivos do movimento, somada às divergências ideológicas ligadas às fragmentações esquerdistas após a redemocratização do país em 1988, determinaram a não unidade do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro (baseado em anotação de diário de campo de 05/03/2009).

equipe do Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental. A política pela qual os atores sociais "*mentaleiros*"[35] buscavam a garantia de direitos naquele momento era, muito além da representação partidária, de participação pública, enquanto cidadãos. ***CAEIRO***, ao comentar a situação da regional de saúde da qual Alegrete é integrante, ressalta alguns aspectos nesse sentido:

> Eu acho que é um momento que eles involuíram... [os serviços de saúde mental de outros municípios que não avançaram ao longo da década de 1990] Pelos funcionários, pelas dificuldades... Pela gestão... Mas assim, se tinha um movimento bom dentro da regional em relação ao trabalho (...) Eu acho que avançou onde as pessoas politicamente avançaram (...) na política de participação. Mesmo que seja partidária, mas assim, que tenha uma participação, tenha... E tu tenha uma luta né. Na verdade assim, a luta nunca deixou de existir, sempre foi uma coisa assim que as gurias lutavam, davam a cara para bater.(***CAEIRO***)

Portanto, pelas características da política municipal extremamente conservadora da época, ainda marcada pelas forças militares e pelos grandes latifundiários, explicam-se ações de *isolamento administrativo,*[36] que propiciaram o desgaste da equipe do serviço de saúde mental ligada aos movimentos sociais, mesmo que de forma ideologizada, na gestão conservadora do final da década de 1990. A coordenação da época, nas palavras de uma das entrevistadas, refere: "mantinha o que nós havíamos conquistado" (***CAEIRO***), e era defendida, portanto, em uma clara estratégia de manutenção de conquistas, sabendo-se que aquele não era o momento para novos avanços. A partir do afastamento de algumas lideranças do serviço integral de saúde mental, houve nova mudança de espaço físico – neste momento o serviço encontrava-se situado no bairro chamado Cohab Restinga e era muito arraigado naquela comunidade. Segundo ***FLORBELA*** a comunidade realizava festas e oficinas não relacionadas à saúde mental no local. A nova estrutura era o antigo hospital para tratamento de tuberculosos da cidade:

> Ele era um hospital, e as gurias não queriam vir para esse hospital porque a... Tinha aquela coisa "ah, é um hospital". E um hospital de tuberculose, enfim.... Então foi uma resistência para vir... A gente tentou desmontar o máximo que pôde mas... tem coisas que não... Aí de lá, desse lugar, dessa praça que as gurias trabalhavam, elas não queriam sair de lá. Só que lá o prédio era

[35] O desígnio de *mentaleiro* surgiu ao longo da década de 1990 (FAGUNDES, 1993) a partir dos fóruns de discussão sobre a reforma psiquiátrica gaúcha e é carinhosamente utilizado pelos militantes do estado entre si até os dias de hoje para designar os militantes da luta antimanicomial.

[36] A prática de isolar administrativamente funcionários públicos é velada e não reconhecida, mesmo sendo de uso comum na administração pública. Devido à estabilidade funcional (impossibilidade de demissão) usa-se dos recursos disponíveis de realocação do funcionário que esteja ideologicamente em desacordo com a gestão para dificultar sua ação militante junto aos pares ideológicos. (PEREIRA, 2008).

> horrível, o ministério nunca mandou um centavo durante todos esses anos para fazer nada (...) não veio verba nenhuma para a saúde mental. Era o município que tinha que bancar. Então assim ó, o (...), bancava muita coisa... Até uma kombi ele comprou. Agora assim ó, quando entrou o (...), né o (...) não sei quais os outros secretários... Eles até que bancavam, mas quando entrou o (...), o (...) não queria. Quando entrou um outro, o (...), colocou as gurias cada uma para um canto. Então assim, eram umas coisas meio perversas assim... Que a luta sofria assim, para poder se manter viva. Mas as gurias nunca esmoreceram. Dentro do possível né, porque eu acredito que elas tenham passado momentos bem difíceis. (***CAEIRO***)

Vê-se, empiricamente, que essa mudança física, ocorrida no final da década de 1990, demarca uma nova página na história da saúde mental do município. A característica até então marcante da luta ideológica, de conquistas criativas e pouco institucionalizadas, impulsionadas, principalmente, pela militância participante dá lugar a uma *força de trabalho*[37]. Esta, caracterizada e reforçada pela instituição de novos serviços destinados ao cuidado à loucura, respaldados pela legislação nacional e seu conseqüente financiamento. O Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental começa a dar lugar, institucionalmente, para o Sistema de Saúde Mental do município de Alegrete.

A partir da mudança do espaço físico e do distanciamento de outras formas de relação com a gestão, após as eleições municipais de 2000, surgem outras possibilidades institucionais. A partir de um cenário, inicialmente, de difícil ação, de poucos recursos e parca estrutura foi possível à equipe do serviço de saúde mental traçar estratégias dentro de um outro panorama de relação com o executivo municipal.

> A cozinha era horrível, os armários caindo aos pedaços, não tinha uma mesa decente, os usuários... O refeitório, era tudo apertadinho, não tinha lugar para quase nada. A associação sempre batalhando, sempre tentando buscar... A gestão sempre botando para baixo, sempre... E nessa época eu lembro que o município já recebia por oficinas, por trabalho em grupos, procedimentos (...) E vinha recurso. Só que o gestor não tinha interesse de passar o recurso.
>
> Então, aí assim ó, nós começamos a trabalhar assim a reunião de equipe, né, eu lembro que no início era uma salinha menor que esta (...) que a gente fazia reunião de equipe. E o pessoal muito queixoso, muito queixoso, muito queixoso... E aí, a gente começou. Depois nós fomos para uma sala grande, porque as pessoas começaram a participar da reunião. E isso foi fortalecendo, né, o movimento assim... o grupo. E aí foi fortalecendo e a gente foi se fortalecendo enquanto serviço né... Foi difícil pra mim assim, porque claro, eu vinha de um lugar de gestão (...) Mas lá era um lugar de

[37] Para Arendt (2005) o termo *força de trabalho* remete à capacidade do homem em executar ações para sua sobrevivência, o que a mesma classifica como *labor*. A autora diferencia o *labor* (como ação de sobrevivência) do *trabalho (*como ação de transformação da natureza em benefício do homem). Segundo Arendt o conceito de trabalho marxista estaria muito ligado ao momento histórico em que este autor viveu, aproximando a ação do trabalho à necessária criação de um produto final. Para Arendt o trabalho não é intrínseco à condição humana, discordando do sentido ontológico do trabalho que Marx propõe.

> trabalho (...) Um local de linha de frente. E aí assim ó, o grupo foi se formando, foi se estabelecendo, todo mundo que tinha 'problemas', que não acertava em lugar nenhum eles mandavam pra nós... E a gente sempre estava precisando de gente. Então assim, "não se acertou lá um técnico de enfermagem (...) Vai lá para o serviço de saúde mental. Eu sei que nós passamos anos assim ó, depois a gente começou junto dos usuários, eles ajudavam , a gente ia nas lojas e pedia tinta, pintava. A gente conseguiu fazer um banheiro um pouco melhor, porque as instalações do banheiro assim, eu queria que tu visse... Né, tem fotografia ali... Se tu pede as gurias te mostram. Aí assim era tudo vergonhoso assim, como ainda hoje é o São Pedro [hospital psiquiátrico centenário de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul] né... Então era isso, o modelo assim quase que institucionalizado que podiam ser feias as coisas... (***CAEIRO***)

O constructo do cenário de trabalho somado à possibilidade de financiamento direto dos serviços, com a garantia de repasse da gestão local, alicerçados na experiência da clínica psicossocial desenvolvida, até então, pelos trabalhadores na década de 1990, culminou em uma massa crítica que expandiu o serviço anterior para um sistema de cuidado à loucura mais complexo e institucional – com todas as benesses e ônus que o processo de institucionalidade carreia. Descrita como processo histórico, perde-se a noção cronológica de que se passaram três anos, pelo menos, até que se resolvesse a situação de precariedade descrita.

> Eu sei que aí nós trabalhamos eu acho que uns 3 anos nessa situação precária assim... Mas sempre negociando, sempre contando muito com a comunidade, contando muito com os usuários... E nós já trabalhávamos como hoje são os Centros de Atenção Psicossocial. Então assim, nós tínhamos refeições, nós tínhamos oficinas... Nós tínhamos atendimento em grupo. (***CAEIRO***)

A equipe não encontrava ressonância local na região ou no estado para respaldar suas ações e projetos. A maioria dos entrevistados classifica como ausente a coordenação estadual de saúde mental, a partir de 2000, dada a não-participação dos processos locais de implantação dos serviços a partir deste ano. O papel do ente estadual no Sistema Único de Saúde ultrapassa o de co-financiador, na medida em que deveria exercer a função de mediador entre trabalhadores e gestão, seguindo as diretrizes nacionais. Observa-se, empiricamente, um esvaziamento do papel do ente estadual a partir da municipalização dos serviços, deixando à deriva cargos como a gestão estadual de saúde mental – elos essenciais entre os municípios e o ente federal.

> Então tudo isso assim enquanto Estado, se tu não fosse ficar nessa crítica do Estado [ente estadual], tu não consegue trabalhar a região. E as regionais ficam paradas né. É o que a gente tem hoje, a nível de regional tu consegues muito pouca influência nos municípios. Agora a nível federal, o que que a gente começou a notar: que tu mandava as coisas... E vinham. E quando veio

> a portaria aquela dos CAPS, a 336[38], a gente foi um dos primeiros municípios a cadastrar o CAPS. Porque a gente já funcionava como CAPS. Nós já tínhamos equipe de CAPS, já tínhamos serviço de CAPS, nós já tínhamos tudo... Tudo que precisava... Nós tínhamos a associação, nós tínhamos os lares, nós tínhamos... Tudo que precisava né, a gente tinha. Aí eu acho que foi um dos primeiros serviços assim que se cadastrou. (***CAEIRO***)

A partir do cadastramento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Alegrete, era preciso sensibilizar o gestor da época para efetivar o repasse dos recursos que vinham do governo federal. Há, por parte de muitos gestores, o desconhecimento das origens e possibilidades dos recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os municípios brasileiros. No caso de Alegrete, o gestor acreditava que o dinheiro a ser disponibilizado seria descontado do montante que era fornecido para a atenção básica do município.

> E aí o nosso gestor, ele disse "ah, esse dinheiro estão tirando da atenção básica, e ele está indo pra vocês, agora vocês vão ter dinheiro e a atenção básica vai ficar sem dinheiro". Eu fiquei uma fera né, aí, "eu disse então tá, nós vamos fazer o seguinte: nós vamos lá na coordenadoria, conversar com o pessoal de lá, e eles vão te dizer de onde vai sair este dinheiro. Só que tu vais me prometer uma coisa: se este dinheiro não for da atenção básica, for um dinheiro 'extra', todo dinheiro que entrar tu vais investir na saúde mental. Isso é um compromisso teu: todo centavo que entrar nosso agora tu vais investir na saúde mental." E ele... "tá, tá..." E aí ele veio aqui e a coordenadoria 'se lavou nele' né. Explicou tudo para ele e tal... (***CAEIRO***)

A partir do compromisso da gestão, o serviço de saúde mental, agora um CAPS, começou a receber recursos e planejar a aplicação do montante disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A *responsabilização* pela *estrutura de trabalho* era calcada no movimento social pré-existente, materializado na lei municipal de saúde mental. A partir da legislação federal, os trabalhadores puderam concretizar ações e aumentar a complexidade e especificidade dos aparelhos de cuidado à loucura.

> (...) e aí tá, nós começamos a trabalhar... E recebíamos um bom dinheiro, e esse dinheiro assim ó... Nós reformamos todo o CAPS, nós começamos a construir a residência terapêutica, claro, isso aí tudo com a luta das pessoas né, da sociedade, ação... Dos movimentos, dos usuários.... Tudo assim, um trabalho bem integrado como uma coisa política, quando a gente precisava de alguma coisa.... Muito bem articulado, todos os movimentos com o conselho né, com a câmara... (***CAEIRO***)

A articulação que ***CAEIRO*** se refere não dependia da gestão que estivesse à frente do poder executivo. A criação dos outros serviços a partir da regulamentação da portaria 336/2002 teve como gênese a equipe do CAPS II, de Alegrete. A reunião

---

[38] A Portaria Ministerial 336/2002 do Ministério da Saúde regulamenta a implantação e o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial no território brasileiro.

de equipe foi um pilar fundamental que sustentou o crescimento e a politização destes trabalhadores, pois os militantes da década de 1990 haviam extrapolado suas funções e neste momento estavam envolvidos com outras questões e outras políticas públicas, como os direitos humanos, as questões de preservação ambiental e direitos da mulher. É necessário ressaltar que ao longo deste processo, aqui descrito em poucas páginas, ocorreram idas e vindas, histórias paralelas, permanências e afastamentos pessoais que um trabalho acadêmico como este não contempla. Há *militância* neste momento, mas um outro tipo de *militância*, agora respaldada institucionalmente pela legislação nacional e pelas conquistas na política competitiva local. A equipe pensava horizontalmente em sua reunião, questionando a própria existência do serviço de saúde mental, conforme observado a seguir:

> Porque daí assim ó, nessa caminhada toda, nós fomos vendo... "olha, o que que nós queremos para a saúde mental?" Como a nossa reunião de equipe sempre foi bem fortalecida, dentro de todos esses anos a gente construía muitos projetos dentro da reunião de equipe. Então o que que a gente queria assim ó, um braço na atenção básica, um braço na residência terapêutica, um braço para os leitos psiquiátricos, a gente conseguiu lá na Santa Casa também...(***CAEIRO***)

Ao longo dos últimos sete anos, a partir de 2002, o serviço de saúde mental transpôs-se para um sistema complexo, contando com um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS a/d), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), um Residencial Terapêutico, uma Moradia Assistida e o serviço de Acompanhantes Terapêuticos para as internações, quando necessárias, no Hospital Santa Casa de Alegrete. Todos estes serviços foram oriundos do CAPS II, este cumprindo o papel de catalisador da rede de saúde mental.

> (...) o CAPS II cumpre a função que a gente propõe mesmo, que o CAPS seja um laboratório... Um laboratório de projetos, um desencadeador de processos, e em Alegrete isso é muito visível e evidente né. Porque os trabalhadores do serviço hoje, hoje ainda dizem assim: "nos faz bem ter passado pelo CAPS II, porque aí a gente foi pro CAPSi sabendo das... Pelas necessidades do CAPS II criou o CAPS i", então sabe como é que funciona o CAPS II. Do CAPS II nós criamos o serviço residencial terapêutico, e quem está no serviço residencial terapêutico passou pelo CAPS II, e assim é no CAPS A/D... (***REIS***)

A coordenação do Sistema de Saúde Mental inicialmente coube ao coordenador do CAPS II, para que os serviços não funcionassem de maneira fragmentada. Chama a atenção a palavra sistema para designar o que usualmente na saúde pública brasileira é denominado de rede.

> Sistema porque assim, sistema é o que funciona integrado. Né, então assim ,tu vai funcionando tu tens que ter uma peça para tudo funcionar. Engrenagens de um sistema que funciona coordenado assim... Né, então foi isso que a gente pensou... Num sistema onde a gente pudesse ampliar o quanto a gente quisesse. Né, para a atenção básica, para as moradias, para o hospital... Nós pensamos assim "bom, é tudo integrado, nós temos que trabalhar integrados". Nós formamos né, na verdade uma rede. Mais no sentido assim... O que que gerou isso né. Saiu dessa coisa assim de ter que trabalhar integrado, senão tu não vais funcionar. Então foi essa a nossa idéia, um sistema só funciona se ele está integrado. Se tu tiras uma parte ele não funciona. Por exemplo o nosso corpo, tu tiras uma parte e ele não funciona, deixa de ser sistema. Não funciona integrado, ou funciona com deficiências, ou né... Então foi por isso que a gente pensou, que tinha que ser uma coisa integrada. (***CAEIRO***)

Maturana (2005) afirma que a vida humana social é sistêmica. Todos os acontecimentos nas esferas sociais que cercam o humano o atingem e alteram sua trajetória biográfica e de entendimento de mundo. Para este autor, a democracia é pertencente ao desejo, não à razão; é vivida na emoção do compartilhar e viver humano. O desígnio de rede, para McGuire (2002) é não apenas a ligação de esferas diferenciadas de gestão/atenção, também é o modo pelo qual se acessa um direito (neste caso a saúde). Portanto, ao designar a saúde mental de Alegrete como um *sistema* e não uma *rede*, há um entendimento de partilhar humano, não somente constitucional e de gestão pública.

O Sistema de Saúde Mental de Alegrete expandiu-se politicamente ao longo da década de 1990 e fisicamente a partir do ano de 2000. Ao longo do período de 2000 a 2009 a saúde mental de Alegrete expandiu-se para um sistema, complexo e composto por vários serviços, multiplicando as possibilidades de cuidado à loucura. As dificuldades, outrora enfrentadas em embates políticos, hoje se somam às dificuldades do aumento no quadro de funcionários e seu conseqüente aumento na complexidade dos processos de trabalho e gestão. Às questões militantes hoje se somam às dificuldades de manter o Norte das ações, por meio do trabalho de pessoas que não vivenciaram o processo de enfrentamento político da constituição *ideológica* da reforma psiquiátrica na cidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deparar-se diante das contradições que compõem os processos históricos e sociais é cotidiano à condição humana em sociedade. A oportunidade de debruçar-se teoricamente sobre tais processos, visando a entendê-los para buscar as transformações humanistas possíveis, permanece sendo privilégio de um pequeno número de pessoas. O encerramento desta pesquisa permite o retorno às motivações iniciais que a moveram. É preciso rever os objetivos propostos e seus desdobramentos, assim como a metodologia e a linha teórica escolhidas para alcançá-los. Este é o momento de avaliação e retomada em que obtive o privilégio de concluir uma pesquisa acadêmica em um país ainda tão segregado socialmente como o Brasil.

A alavanca motivacional que me instigou perante o problema principal, que justifica esta pesquisa, foi a minha vivência pessoal enquanto ator social, inserido no processo da reforma psiquiátrica brasileira na condição de profissional da saúde. Busquei, nesta pesquisa, responder aos anseios surgidos durante a prática profissional na gestão de equipes de cuidado em saúde mental, imersas no Sistema Único de Saúde e sob a égide da Constituição da República Federativa do Brasil que, a partir de 1988, descentralizou administrativamente os recursos financeiros, assim como o poder decisório sobre estes, direcionando-os aos municípios brasileiros.

Ao gerir as equipes multiprofissionais de trabalho em saúde mental, percebi que alguns municípios possuem construções próprias acerca da reforma psiquiátrica que, apesar de estarem inseridas em um contexto histórico e social maior (o território gaúcho e, mais além, o brasileiro), apresentam peculiaridades extremamente ricas do ponto de vista da construção social da democracia, que está embasada em valores comuns construídos e compartilhados no território da vivência cultural coletiva. Experienciar o trabalho em saúde mental no estado do Rio Grande do Sul foi decisivo para o encontro com o objeto desta pesquisa. Neste estado, a reforma psiquiátrica materializou-se em legislação estadual precocemente em relação aos demais estados brasileiros, legitimando um processo político de orientação ideológica claramente horizontal, coletivo e inclusivo. Este movimento político foi seguido por alguns municípios, distantes da capital do estado, gerando frutos únicos dentro do processo social da reforma psiquiátrica e da própria redemocratização

brasileira. A partir da nova Constituição Federal de 1988, foram materializadas candidaturas de representações legais em cargos legislativos e executivos no município de Alegrete, calcadas na luta pelos direitos humanos, da mulher e na inclusão social e desmistificação da loucura. Na década de 1990, alguns municípios acompanharam o movimento estadual de promulgação de leis que objetivassem o desmonte dos manicômios, construindo leis municipais reformistas em saúde mental, visando a formas substitutivas de entendimento e de lida social com a loucura.

O objeto principal deste estudo, o processo democrático de construção, implantação e aplicabilidade de uma lei municipal de saúde mental frente às contradições do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, aproximou-me dos humanos que constituíram este processo na cidade de Alegrete. Suas biografias escapam conceitualmente da aparente "produção histórica da lei" para ascenderem ao nível de produção humana – única, criativa e inédita. Aproximar-se profundamente deste objeto de estudo despiu a técnica que o limitava – uma produção fria, letrada, legislada – e atingiu o "*status"* de arte, ou seja, sem tecnicismos, resultados esperados ou semelhanças. A lei municipal de saúde mental da cidade de Alegrete é a concretização legal do encontro de pessoas e suas histórias, é o extremo de todo um processo social imensamente maior – como a metáfora da ponta do *iceberg*, em que uma pequena parte de um imenso bloco de gelo mostra-se acima do oceano, escondendo a maior parte do todo. É possível perceber tal riqueza ao ouvir a mesma história contada a partir dos variados pontos de vista de alguns dos atores que fizeram parte, diretamente, da construção do cuidado em saúde mental na cidade, montando um imbricado quebra-cabeça de informações históricas, valores pessoais e divergências ideológicas.

As questões que antecederam a pergunta principal desta pesquisa referem-se às possibilidades que uma legislação municipal, desde a sua construção até a sua aplicação, possui de influenciar as várias esferas sociais envolvidas no cuidado à loucura: profissionais de saúde, gestores e usuários. Após a aproximação dos dados colhidos em campo de pesquisa, percebi que a legislação, neste caso, é um marco histórico de garantia de direitos. Ao direcionar, em uma lei, a característica de entendimento da loucura como um fenômeno a ser discutido, tratado, entendido em aparelhos substitutivos ao modelo manicomial, cursos de vida foram alterados. Os loucos não são mais drenados ao manicômio. Mesmo que os artigos da lei não

sejam utilizados direta e cotidianamente pelos atores sociais envolvidos com a questão, podendo desconhecer suas palavras inclusive, tal lei, ao fornecer um direcionamento de gestão, atua diretamente na biografia dos cidadãos alegretenses que estejam de alguma forma envolvidos no processo social da loucura. Portanto, ao normatizar a não-aplicação de dispositivos manicomiais na cidade, uma lei municipal de saúde mental influencia diretamente os aspectos da gestão de saúde pública local e do entendimento social acerca da loucura. O direcionamento dado pela legislação é perene em relação às oscilações de gestão fornecidas pelo processo democrático de disputa eleitoral. Porém, há que se ressaltar que a inovação, o que está além dos artigos da lei, dá-se pelos humanos que, ao compartilharem valores comuns, suportam, em ações práticas, as oscilações determinadas pelas mudanças de gestão, características da disputa democrática asseguradas pela Constituição da República Federativa do Brasil.

Ao estabelecer a questão principal desta pesquisa construíram-se três pressupostos básicos transversais ao estudo, a partir do embasamento teórico. Estes pressupostos foram colocados à prova durante a coleta de dados e a sua análise, aproximando a teoria da *praxis o* que, de acordo com o referencial teórico escolhido, determina o rumo histórico dos homens.

O primeiro pressuposto, de que a loucura é uma construção histórica e social e, dialeticamente, estabelece sua relação com o conhecimento científico ocidental, comprova-se pela necessidade de assegurar legalmente o direcionamento do cuidado à loucura. A construção de leis, ou seja, das regras do jogo a serem respeitadas por todos, demonstra, no caso da legislação da loucura, a possibilidade da diversidade de caminhos a serem seguidos em seu entendimento. As leis anti-manicomiais são o fruto histórico do próprio manicômio, são o compromisso do homem de não repetir erros passados de exclusão social desumana e covarde. Concomitantemente, estas mesmas leis são também a afirmação de uma classificação da herança positivista de organização da existência – existir de forma diferente do esperado é a própria loucura. Ou seja, ao determinar o modo correto de existir em sociedade, inventa-se o seu contrário, cria-se a “desrazão”, o errante, o louco. Inventam-se, assim, as formas sociais de lidar com a loucura embasadas, em parte cientificamente e em parte historicamente, caracterizando uma produção histórica e social de como lidar com o diferente.

Pelas características do objeto de estudo, fruto da construção democrática, possível pela legalidade constitucional brasileira de promulgar leis municipais, foi necessária uma aproximação profunda no tema denominado democracia. Deste aprofundamento teórico, resultou o segundo pressuposto-básico estabelecido que afirma: a democracia, mesmo sendo ideologizada e utilizada pelo Estado para a manutenção do "*status quo"*, é garantida constitucionalmente e integra o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde. Desta forma, ela deve ser encarada como a possibilidade de exercício da liberdade cidadã de agir coletivamente, a partir da "*práxis"* social dos atores que compõe o cenário da saúde pública nacional. A possibilidade de assunção a cargos eleitorais é compartilhada pelos cidadãos brasileiros. Os atores sociais envolvidos com o cuidado à loucura na cidade de Alegrete, por exemplo, ao defenderem a não-exclusão dos indivíduos em sofrimento psíquico evidenciaram-se publicamente a tal ponto de serem eleitos em pleitos municipais. Em acordo com suas escolhas existenciais, algumas pessoas vislumbraram nestes pleitos a possibilidade de, além de avançarem na luta pela não-exclusão da loucura, ampliar o horizonte de possibilidades de luta nas questões dos direitos humanos e direitos da mulher. Estes atores fizeram uso das possibilidades que o regime democrático propicia a seus integrantes, trazendo para si, como eixo norteador existencial, a representação política em cargos públicos. Ao conduzirem suas existências nesta direção, levaram consigo as benesses e o ônus da exposição pública de valores e histórias pessoais. Demonstraram, ao obterem êxitos e derrotas, que a democracia possibilita o exercício da liberdade-cidadã, em busca do agir coletivo, da concretização do regime democrático em sua essência, do poder pelo povo, da legitimação da voz da sociedade.

Após embasar teoricamente a construção social da loucura e do seu território e as várias formas e construções da democracia, a construção do objeto teórico voltou-se à reforma psiquiátrica brasileira propriamente dita. A partir dela se inicia o terceiro pressuposto teórico da construção do objeto de estudo. A elaboração, aprovação e implantação de leis reformistas em saúde mental no Brasil contribuem para estabelecer um eixo norteador das políticas públicas referentes ao tema, apesar de não garantirem o respeito às concepções que as originaram. Ao normatizar o inédito e o reinventivo que caracteriza a clínica psicossocial, as práticas legislativas garantem direitos, em contrapartida tolhem a criatividade que caracteriza a desconstrução do modelo manicomial. Este é o achado mais controverso e de

difícil concepção deste estudo. Caso este pressuposto seja completamente subjetivado, incorre-se no risco de uma concepção tão caótica ao ponto de impossibilitar sua organização legislativa. Ou seja, é possível atingir uma pergunta circular, em que a resposta seja constantemente jogada à própria pergunta: se a clínica psicossocial é invenção, arte, ineditismo e deve ser oferecida a todos, a mesma deve ser necessariamente um bem público. Como tal, esta clínica precisa ser normatizada legislativamente, possibilitando seu financiamento e sua pluralização em todo o território nacional. Porém, como financiar o inédito se, ao respeitar-se essa condição, ele será ainda criado? Ao fornecer financiamento à clínica criativa tolhemos sua capacidade criadora?

Os achados deste estudo demonstram que, quando as ações de clínica psicossocial não estão ainda amarradas legalmente ao financiamento estatal a necessidade criadora torna-se maior, ampliando o horizonte de possibilidades. Porém, tais ações tornam-se pessoalizadas e pontuais, já que se distanciam da noção de política coletiva, que deveria agregar novos atores de maneira horizontal. A pluralização das ações da clínica psicossocial passa pela necessidade de financiamento, pela caracterização, enquanto política pública, que viabilize o retorno financeiro aos seus profissionais pelas horas despendidas em seu trabalho. Os dados mostram que os trabalhadores que atuavam na área de saúde mental, antes da legislação nacional que prevê o financiamento da clínica psicossocial, executavam grande parte de suas ações de forma não-remunerada, realizando plantões de cuidado fora de seu local de atuação, naturalizando uma atividade extra-ofício como ação militante. É preciso considerar que, no momento histórico em que estes fatos ocorreram, tais plantões eram além de ações necessárias de cuidado, movimentos estratégicos de arraigamento da própria política reformista em saúde mental no município. Era preciso comprovar a possibilidade do cuidado à loucura sem a utilização do recurso manicomial e demonstrar a eficiência do cuidado em um hospital geral. Porém, o ineditismo custou, administrativamente, a alguns profissionais a exposição aos gestores de orientação ideológica contrária, levando a ações de isolamento administrativo, conforme descrito no tratamento dos dados colhidos.

A questão dos plantões fora do horário previsto para o trabalho é uma dentre outras que surgiram nos dados deste estudo. Ações militantes, necessárias ao protagonismo das políticas públicas inovadoras, neste caso em relação à não-

estigmatização da loucura, diferem-se das ações de trabalho. Porém, para que a questão entre a militância e o trabalho não seja um estagnador dos processos sociais e o financiamento público uma amarra ao processo criativo de gestão, a institucionalidade de trabalhadores/militantes e políticas públicas não deve ser perversamente descolada dos processos históricos em que estão inseridos. O trabalho de cuidar a loucura de forma não estigmatizadora é um “constructo” estético criado a partir de uma ruptura histórica em direção a valores humanistas. Portanto, trabalhar com saúde mental é, necessariamente, romper o estigma da loucura moralizante e cega, do ponto de vista da valorização da existência humana. A atuação em saúde mental pressupõe um rompimento histórico e fornece sentido aos recursos financeiros hoje previstos nas portarias federais de financiamento dos serviços substitutivos ao manicômio. É necessário aproximar os valores agregados a este rompimento histórico dos novos trabalhadores em saúde mental, não esperando a formação de militantes, visando, sim, um trabalho pertencente ao seu momento histórico, que pertença ao seu tempo, não repetindo erros já cometidos e identificados. A história da sociedade humana ocidental e eurocêntrica produziu a figura do louco e do seu território e esta mesma sociedade supera, em cada serviço substitutivo, criado ou instituído, conhecidos mecanismos de exclusão e reprodução da loucura moral. Fazer com que os reprodutores destes mecanismos excludentes não sejam os próprios trabalhadores em saúde mental é aproximá-los da história, é fornecer sentido ao trabalho e à existência destes em seus papéis sociais.

A aproximação aos dados coletados nesta pesquisa reforça os pressupostos iniciais do estudo, problematizando-os e enriquecendo-os de sentido. Tais pressupostos foram desenvolvidos a partir das linhas teóricas de estudo, portanto, elaborados anteriormente à coleta de dados. A realização desta pesquisa aproxima-os inevitavelmente da história, justificando a realização deste estudo enquanto instrumento social do fenômeno da loucura na sociedade.

Por tratar-se de uma pesquisa pontual, acerca das origens democráticas da reforma psiquiátrica em um município brasileiro, este estudo buscou centrar o foco da análise nos aspectos históricos e de significância pessoal para os atores sociais apontados através da coleta de dados. A riqueza do objeto de estudo é imensamente maior e abarcaria muitos outros estudos, a saber: a oscilação dos mecanismos de gestão em meio ao processo democrático eleitoral; os Centros de Atenção Psicossocial enquanto catalisadores políticos; análise profunda da relação

entre trabalho e militância, em saúde mental; o papel do usuário na reforma psiquiátrica brasileira; o protagonismo feminino na cidade de Alegrete frente aos processos inovadores de gestão e cuidado em saúde; a implantação dos serviços substitutivos de saúde mental, a partir do financiamento federal, através da atuação dos trabalhadores em saúde mental, entre outras possibilidades.

Consonante com minhas escolhas existenciais, este trabalho de pesquisa acadêmica visa à exposição do fenômeno da loucura produzida socialmente, além de destacar a capacidade humana de, ao politizar-se, tomar para si as rédeas da história. Busca demonstrar, ainda, que os fatos sociais não estão pré-ditos historicamente, mesmo que os homens façam suas escolhas existenciais situados em um determinado momento histórico. Este é um trabalho do seu tempo, fruto da própria contradição do modelo manicomial de exclusão da loucura. Os manicômios físicos e mentais, ao demonstrarem historicamente sua total incapacidade de reabilitar socialmente o louco, de normatizá-lo, produziram a necessária contestação, materializada pela reforma psiquiátrica. Trabalhou-se aqui a exposição do humano presente, necessariamente, na loucura. Não ter razão, no sentido cartesiano da racionalidade, é criar; é fazer arte; é fugir à técnica; é ser, essencialmente, humano.

7. REFERÊNCIAS

ANDERY, Maria Amália et al. **Para compreender a ciência**. São Paulo: EDUC, 1988. 446p.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 132p.

_____, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 117p.

_____, Paulo. **O Homem e a Serpente.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 142p.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana.** São Paulo: Forense Universitária, 2005. 352p.

ARRUDA, José Jobson de A. PILETTI, Nelson. **Toda a História – História Geral e História do Brasil.** São Paulo: Ática, 1994. 408p.

BAQUERO, Marcello. Democracia formal, cultura política informal e capital social no Brasil. **Opinião Pública.** Campinas: vol.14 n.2, novembro 2008. p.380-413

BARROS, Sonia. EGRY, Emiko Yoshikawa. **O louco, a loucura e a alienação institucional.** Taubaté: Cabral, 2001. 197p.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada – relato de um hospital psiquiátrico.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 396p.

_____, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 3ª ed. AMARANTE, Paulo (org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.11-40.

BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3ª ed. AMARANTE, Paulo (Org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.41-71.

BORGES, Camila Furlanetti. **Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica.** Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BORNHEIM, Gerd. **Sartre – Metafísica e Existencialismo**. São Paulo: Perspectiva, 2007. 315p.

BRASIL. Gabinete da Presidência da República. Lei Complementar n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde.**Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução 196/96 – CNS. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

_____. Lei n°10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr 2001. Seção 1, p.2.

_____. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Portaria n.336, 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fex 2002. Seção 1, p.22-23.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Escala, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**, Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 78p.

CABRAL, Alexandre Marques. Ética, Responsabilidade e Democracia. **Revista Achegas**. Rio de Janeiro, 2007, p.5-19.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: vol.14 n.4, outubro a dezembro, 1998. p.863-870

_____, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 237p.

_____, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 185p.

CASTEL, R. A Instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, S.A. (org) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p.149-93.

_____, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 329p.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 236p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, vol.14 n.1, 2004. p.41-65

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. Botucatu: vol.9 n.16, setembro a fevereiro, 2005. p.161-168

CHAUI, Marilena. **O que é ideologia?** 15ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1984a. 47p.

_____, Marilena. **Os Pensadores – Sartre**. Prefácio, vida e obra de Jean Paul Sartre. São Paulo: Abril, 1984b.192p.

_____, Marilena. **Convite à Filosofia**. 2ª ed.São Paulo: Ática, 1995. 440p.

COLLET, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Questões Metodológicas da Pesquisa no Campo da Saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.9 n.3, 2001. p.106-111.

COSTA, Mark Napoli. Por uma sociedade sem manicômios: buscando a direção. In: **Loucura, Ética e Política: escritos militantes.** Conselho Federal de Psicologia (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 45-48

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia**. 12ª ed. São Paulo: Saraiva, 1996. 320p.

COUTO, Cláudio Gonçalves. Constituição, Competição e Políticas Públicas. **Lua Nova,** São Paulo, n.65, 2005. p.95-135

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. TUNDIS, S.A. e COSTA, N do R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1987. cap.5 p.172-202

_____, P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. In: **Saúde e Debate**, n.35, 1992, p. 84-92.

DENZIN, Norman K. **The Research Act**. Chicago: Aldine, 1973. 370p.

DOMINGUES, Sérgio. Centralismo Democrático: entre a pedra e o caminho. **Revista Espaço Acadêmico**. Maringá: n.52, 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/052/52domingues.htm>> Acessado em 19/08/2009 às 16:00h.

DÓRIA, Og. **Município – o poder local**. São Paulo: Página Aberta, 1992. 86p.

EGRY, E. Y. **Elementos teórico-metodológicos para a intervenção prática da enfermagem em saúde coletiva.** 205p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 242p.

ESCOREL, Sarah *et al*. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. 2ª ed.LIMA, Nísia Trindade (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.59-81.

ESPIÑERA, Maria Victória. TEIXEIRA, Helder. Democracia, movimentos sociais e nivelamento intelectual: considerações sobre a ampliação da participação política. **Caderno CRH.** Salvador: vol.21 n.54 setembro/dezembro 2008. p.477-492

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. **Saúde Mental Coletiva**. Porto Alegre, vol.1 n.1, junho, 1993. p.53-57

_____, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde.** Dissertação (Mestrado em Educação) 231p. Faculdade de Educação, Grupo Temático da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FILHO, Alberto Pellegrini. Pesquisa em saúde, política de saúde e eqüidade na América Latina. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: vol.9 n.2 2004. p.339-350

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes. 1986. 262p.

_____. Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 551p.

_____, Michel. **A Microfísica do Poder.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. VIII, número 1, 2005. p.109-122.

GARCÍA, Juan César. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. Everardo Duarte Nunes (org.) São Paulo: Cortez, 1989. p.77-99.
GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol.20 n.6, novembro-dezembro, 2004. p.1670-1681.

GIOVANNI, Geraldo. O Método Dialético. **Anais do III Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis, 1984, p. 161-171.

GOLDMANN, Lucien. **Ciências Humanas e Filosofia**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970. 117p.

GOMES, Oziel. **Lênin e a revolução no campo.** São Paulo: Expressão Popular, 1999. 268p.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o estado moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 444p.

GUATTARI, Felix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1993. 56p.

HABERMAS, Jürgen. **Racionalidade e Comunicação.** Lisboa: Edições 70, 2002. 221p.

HUNTINGTON, Samuel Phillips. **The third wave: democratization en the Late Twentieth Century**. Normam, University of Oklahoma Press, 1992. 366p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População recenseada e estimada, segundo municípios – Rio Grande do Sul.** Brasília,2007. Disponível em: <<http:// ibge. gov .br /home /estatistica /populacao /contagem 2007 /contagem_final/tabela1_1_23.pdf >> Acessado em 26/10/2009 às 18:00h

KANTORSKI, L. P. ; SILVA, G. B. **Ensino de Enfermagem e Reforma Psiquiátrica.** Pelotas: Editora e Gráfica da UFPel, 2001. 241p.

KINZO, Maria D'Alva. Partidos, eleições e democracia no Brasil pós 1985. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, vol.19 n.54, 2004. p.23-40

KONDER, Leandro. **O que é a dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1982. 89p.

LACERDA, Sampaio. **A Massa Crítica**. São Paulo: Borborema, 1991. 253p.

LAZZARETTI, Miguel Ângelo. Lênin, o campesinato e o MST. **Tempo da Ciência**. Toledo: vol. 14, n.28, 2007. p.131-142

LÊNIN, Vladimir Ilitch. **Quê Fazer?** São Paulo: Hucitec, 1978. 149p.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: vol. 12 n. 2, 2007. p.399-407.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D .A **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p.25-44.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política de saúde mental. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 3ª ed. AMARANTE, Paulo (org).Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 85-95.

MARQUES, Adhemar; OSTERMANN, Nilse. **Revolução russa: da construção à desconstrução da URSS**. Rio de Janeiro: Editora Lê, 2000. 93p.

MARX, Karl. Para a Crítica da Economia Política. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Abril, 1974

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto.** Florianópolis, v.15, n.3, setembro 2006. p.508-514

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. 98p.

MCGUIRE, Michael. Managing Networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Administration Review.** Washington, vol.62, n.5, 2002. p.599-609

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde – 9ª edição revista e aprimorada.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MOISÉS, José Álvaro. A desconfiança nas instituições democráticas. **Opinião Pública.** Campinas: vol.XI, n.1, março de 2005. p.33-63

MOISÉS, José Álvaro. Cultura Política, Instituições e Democracia – lições da experiência brasileira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, vol.23 n.66. fevereiro de 2008. p.11-43

NASCIMENTO, Vânia Barbosa. **SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública.** São Paulo: Hucitec e Cesco, 2007. 228p.

NETO, Helena Brum; Bezzi, Meri Lourdes. Regiões Culturais: a construção de identidades culturais no Rio Grande do Sul e sua manifestação na paisagem gaúcha. **Sociedade e Natureza**. Uberlândia: vol.20 n. 2, dezembro de 2008. p.135-155.

NICÁCIO, Fernanda *et al*. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.** AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Nau, 2005. p.195-214.

NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia Ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. **Superando o Manicômio? Desafios na Construção da Reforma Psiquiátrica.** Cuiabá: Editora UFMT, 2005a. 209p.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005b. p.191-203.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. Trabalho e Cuidado no Contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2007, p.694-702.

OLIVEIRA, Delvo C. R.; SALDANHA, Olinda Lechmann. Da Instituição à Sociedade: a trajetória da Saúde Mental Coletiva. **Saúde Mental Coletiva,** Porto Alegre, v.1, 1993. p.40-57

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. p.1053-1062.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol.40, 2006. p.73-78.

PARASKEVA, João M. O nome, a coisa... e o currículo – perversos motes da perigosa glosa neo-centralista radical. **Psicologia e Sociedade.** Florianópolis: vol.16 n.2 maio/agosto 2004. p.101-113

PEREIRA, José Matias. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: vol.42 n.1, janeiro – fevereiro, 2008. p.61-82

PINHEIRO, Paulo Sergio; SACHS, Igancy; WILHEIM, Jorge. **Brasil: um século de transformações**, São Paulo: Cia. das Letras, 2003. 528p.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Ordinária nº9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.**Legislação do Estado do Rio Grande do Sul.** Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281 Acessado em: julho/2008.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde do mundo "globalizado"? in: **Trabalhador da Saúde Muito Prazer!** SANTOS-FILHO, Serafim B; BARROS, M. Elizabeth Barros de. (orgs.). Ijuí: Unijuí, 2007. p.19-59

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. 112p.

ROSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social.** Porto Alegre: L&PM, 2007.151p.

SANTOS, Wanderley Guilherme. A anomalia democrática: adolescência e romantismo na história política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo: vol.13 n.36, 1998. p.4-12

SARTRE, Jean Paul. **O Ser e o Nada**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 782p.

SHANIN, Teodor. **A definição de camponês: conceituações e desconceituações.** Petrópolis: Vozes, 1980. 80p.

SIMONE, Antonio. **Tra Dilthey e Habermas: esercizi di pensiero su filosofia e scienze umane.** Perugia: Morlacchi Editore, 2006. 710p.

TOGLIATTI, Palmiro. **Socialismo e Democracia: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Ilha, 1980. 235p.

TONINI, Nelsi Salete. **O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná.** 236p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIANA, Nildo. Democracia e Autogestão. **Revista Achegas**. Rio de Janeiro, 2008. p.58-72.

VIANNA, Solon Magalhães. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha de recursos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol.1 n.1, 1992. p.43-58.

VÍCTORA, Ceres Gomes *et al*. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo, 2000. 133p.

ZIMERMAN, David. E. **Bion da Teoria à Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 295p.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que pretende relatar o processo democrático envolvido na promulgação da legislação municipal de saúde mental do município de Alegrete/RS e a importância dessa legislação para as ações e planejamentos em saúde mental do município.

Através deste estudo esperamos registrar o processo de construção da legislação municipal em saúde mental de Alegrete.

Sua participação não é obrigatória, mas é muito importante para nós. Gostaríamos que respondesse a algumas perguntas sobre a sua participação nesse processo, sua opinião acerca do tema ao avaliar os 12 anos que a legislação municipal de saúde mental possui e o seu processo de criação no ano de 1996.

Por não ser obrigatória sua participação, você pode desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Não haverá nenhum prejuízo a quem quiser contribuir e nem para quem se recusar, bem como a participação na pesquisa não acarretará nenhum tipo de custo de qualquer espécie.

Caso aceite participar, a entrevista será agendada em horário e local que melhor lhe convier, sendo realizada a gravação da mesma para garantir a integridade das informações. Garantimos total segredo e anonimato, ou seja, sua identidade não será revelada na pesquisa. Os dados poderão ser apresentados em congressos e a outros estudantes sem que saibam quem respondeu a pesquisa.

Uma cópia desta autorização ficará com você.

Eu, Jonathan Gonçalves Filippon, estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

_____

Jonathan Gonçalves Filippon

Eu, _____ (seu nome), RG _____ e data de nascimento ___/___/____, recebi as informações acima e concordo em participar.

_____

Alegrete/RS,___/___/____

CONTATOS:

Jonathan Gonçalves Filippon ou Profa. Dra. Toyoko Saeki

Seção de Pós Graduação da EERP-USP – Programa de Enfermagem Psiquiátrica

Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP

(16)8136-1411 / (51) 8208-7535 / (51)3344-4655 - filippons@yahoo.com.br

ANEXO B
ROTEIRO ENTREVISTA USUÁRIO

1. O que o(a) senhor(a) entende por Reforma Psiquiátrica?
2. O senhor participou das discussões acerca da promulgação da Lei Municipal de Saúde Mental, no ano de 1996? Como foi o processo?
3. De quais espaços públicos o senhor participou durante as discussões acerca da criação da legislação municipal de saúde mental?
4. Como o senhor avalia a participação dos usuários do serviço de saúde mental nas discussões acerca da criação da lei municipal de saúde mental?
4. O(a) senhor(a) acredita que a atual gestão municipal faz uso da Lei Municipal de Saúde Mental para embasar o planejamento das ações em saúde da Secretaria Municipal de Saúde?
5. O senhor acredita que a promulgação da Lei Municipal de Saúde Mental no ano de 1996 impactou os serviços de saúde mental? De que forma?
6. Em suas participações nas instâncias deliberativas coletivas como, por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde, o(a) senhor(a) já recorreu a Lei Municipal de Saúde Mental? Se afirmativo, em que situação isto ocorreu?
7. Como o(a) senhor(a) avalia a participação dos usuários e trabalhadores em saúde mental em tais instâncias?
8. Como o(a) senhor(a) avalia o conhecimento da Lei Municipal de Saúde Mental por parte dos usuários e trabalhadores em saúde mental deste município?
9. O senhor acredita que a Lei Municipal de Saúde Mental deste município necessitaria de uma revisão, já que passaram-se pouco mais de dez anos de sua promulgação? Necessitando de revisão, que aspectos deveriam ser revistos do seu ponto de vista?

ANEXO C
ROTEIRO ENTREVISTA TRABALHADOR EM SAÚDE

1. O que o(a) senhor(a) entende por Reforma Psiquiátrica?
2. O(a) senhor(a) participou das discussões acerca da promulgação da Lei Municipal de Saúde Mental, no ano de 1996? Como foi o processo?
3. A partir de que necessidade municipal observou-se a importância de criar a legislação municipal de saúde mental?
4. O(a) senhor(a) acredita que a promulgação da Lei Municipal de Saúde Mental no ano de 1996 impactou os serviços de saúde mental? De que forma?
5. O(a) senhor(a) acredita que a atual gestão municipal faz uso da Lei Municipal de Saúde Mental para embasar o planejamento das ações em saúde da Secretaria Municipal de Saúde?
6. A Lei Municipal de Saúde Mental da qual o município dispõe é utilizada pela equipe deste serviço para o embasamento das práticas terapêuticas aqui executadas?
7. Em suas participações nas instâncias deliberativas coletivas como, por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde, o(a) senhor(a) já recorreu a Lei Municipal de Saúde Mental? Se afirmativo, em que situação isto ocorreu?
8. Como o(a) senhor(a) avalia a participação dos usuários e trabalhadores em saúde mental em tais instâncias?
9. Como o(a) senhor(a) avalia o conhecimento da Lei Municipal de Saúde Mental por parte dos usuários e trabalhadores em saúde mental deste município?
10. O(a) senhor(a) acredita que a Lei Municipal de Saúde Mental deste município necessitaria de uma revisão, já que passaram-se pouco mais de dez anos de sua promulgação? Necessitando de revisão, que aspectos deveriam ser revistos do seu ponto de vista?

ANEXO D
ROTEIRO ENTREVISTA GESTOR DA ÉPOCA

1. O que o senhor entende por Reforma Psiquiátrica?

2. O senhor poderia descrever como foi o processo de construção da legislação municipal de saúde mental?

3. Em que espaços públicos aconteceram as discussões acerca do que a futura legislação proporia?

4. Que pessoas ou representações participaram de tais discussões?

5. Que setores da sociedade o senhor acredita que foram mobilizados com a discussão da legislação em saúde mental?

6. Houve algum tipo de votação a respeito do tema em algum outro espaço além da Câmara Municipal e do Conselho Municipal de Saúde?

7. Que papel o senhor acredita que os usuários dos serviços de saúde mental tiveram no processo?

8. Para a construção do texto da lei recorreu-se a outras legislações de outros municípios?

9. A partir de que necessidade municipal observou-se a importância de criar a legislação municipal de saúde mental?

10. Que importância o senhor acredita que possua hoje a legislação em saúde mental para o município?

11. O senhor acredita que a Lei Municipal de Saúde Mental deste município necessitaria de uma revisão, já que passaram-se pouco mais de dez anos de sua promulgação? Necessitando de revisão, que aspectos deveriam ser revistos do seu ponto de vista?

ANEXO E
ROTEIRO ENTREVISTA GESTOR ATUAL

1. O que o senhor(a) entende por Reforma Psiquiátrica?

2. Quais os serviços substitutivos de promoção à saúde mental de que o município dispõe através do Sistema Único de Saúde?

3. A Lei Municipal de Saúde Mental da qual o município dispõe é utilizada pela atual gestão em saúde para embasar o planejamento das ações em saúde promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde? De que forma isso ocorre?

4. Em suas participações nas instâncias deliberativas coletivas como, por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde, o senhor já recorreu a Lei Municipal de Saúde Mental para embasar decisões de gestão?

5. Como o senhor(a) avalia a participação dos usuários e trabalhadores em saúde mental em tais instâncias?

6. Como o senhor(a) avalia o conhecimento da Lei Municipal de Saúde Mental por parte dos usuários e trabalhadores em saúde mental deste município?

7. O senhor acredita que a Lei Municipal de Saúde Mental deste município necessitaria de uma revisão, já que passaram-se pouco mais de dez anos de sua promulgação? Necessitando de revisão, que aspectos deveriam ser revistos do seu ponto de vista?

8. A Lei Municipal de Saúde Mental deste município influenciou o planejamento em saúde mental de sua gestão? De que forma?

9. Como se configura a gestão em saúde mental neste município? Existe um colegiado gestor? Quem realizou o plano de saúde mental municipal? Houve participação dos usuários e trabalhadores?

ANEXO F

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 247/2008

Ribeirão Preto, 27 de novembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 112ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de novembro de 2008.

Protocolo: nº 0965/2008

Projeto: DEMOCRACIA E CONQUISTA: SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Jonathan G. Filippon

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP