Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Saúde Mental e os Novos Paradigmas de Cidadania e
Inclusão Social na Sociedade Contemporânea**

Maria Izabel Sanches Costa

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Áurea Maria Zollner Ianni

São Paulo
2016

(versão revisada)

Saúde mental e os novos paradigmas de cidadania e inclusão social na sociedade contemporânea

MARIA IZABEL SANCHES COSTA

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Áurea Maria Zollner Ianni

**São Paulo
2016**

(versão revisada)

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

“o que é um autêntico alienado? É um homem que preferiu tornar-se louco, no sentido que isto é socialmente entendido, a conspurcar uma certa ideia superior da honra humana. Foi assim que a sociedade estrangulou em seus asilos todos aqueles dos quais ela quis se livrar ou se proteger, por terem se recusado a se tornar cúmplices dela em algumas grandes safadezas. Porque um alienado é também um homem que a sociedade negou e quis impedi-lo de dizer insuportáveis verdades” (Artaud, 2003, p. 27).

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Aurea Maria Zollner Ianni, pela indispensável orientação, ensino, debate, confiança e acolhimento. Aprendi muito com você!

A leitura e orientação da banca, Marco Aurélio Nogueira, Silvio Yasui, Maria Cristina da Costa Marques e Ianni Scarcelli.

Aos meus queridos pais, Josefina e Hélio, pela ajuda indispensável sem a qual eu não teria conseguido concluir. Espelho-me em vocês!

Ao meu marido, Fernando, pelo apoio incondicional nesta trajetória, além no carinho e paciência. Te amo!

A minha irmã, Ana, pela força e carinho nos momentos de desânimo.

A minha filha de quatro patas, Mel, pela companhia nos longos dias de estudo.

A minha amiga-irmã, Marcela, pela ajuda na metodologia, por me ouvir falar horas e horas sobre a pesquisa e pela amizade.

Ao Thiago pelas leituras, discussões e companhia.

Ao Fernandinho pela ajuda na tradução.

Ao Bruno pela colaboração e por suas ótimas ideias!

A querida Kalinka pela ajuda e amizade que me faz tão bem!

A Alina pelos conselhos, debates e incentivo a prestar o doutorado na Faculdade de Saúde Pública.

Aos meus queridos companheiros de curso, Ricardo Jurca, Denise Coelho, Rubem Silva-Brandão, Ana Paula Plantier, Leonardo Carnut, Rubia Ramos, André Luzzi, Diogo Akio, Isabela Zanoni e Mariana Jansen e, em especial, ao Thiago Marques.

Aos meus queridos amigos, pelos momentos de descontração e amizade, Gabriela, Lilian, Brisa, Laís, Luciana, Lena, Carol e Alina.

COSTA, M. I. S. Saúde mental e os novos paradigmas de cidadania e inclusão social na sociedade contemporânea. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar as categorias de cidadania e inclusão social na política de desinstitucionalização nos sujeitos em sofrimento psíquico diante do processo de individualização na teoria social contemporânea. Assume como hipótese que a saída do hospital psiquiátrico por si só não garante a inclusão social e nem o livre exercício da cidadania.

Considerado o objetivo desta pesquisa, optou-se por fazer uma pesquisa bibliográfica como procedimento metodológico. O material de estudo foi dividido em três conjuntos: (1) 56 artigos científicos, visando a compreender a visão da academia; (2) um conjunto de legislação, composto de 10 leis que implementaram a política de desinstitucionalização no Brasil e a reforma dos serviços de saúde psiquiátrica, visando a compreender as ações do Estado; (3) quatro Relatórios Finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, para também compreender a participação da sociedade civil. Para a análise do material, utilizou-se uma combinação de duas técnicas complementares: leitura bibliográfica com a análise de conteúdo. Dentre os vários processos que caracterizam a sociedade contemporânea, optou-se por analisar a individualização que impacta nas formas de exercício da cidadania e na inclusão social. Na análise dos resultados da categoria de cidadania foram identificadas associações em relação à interdição civil, liberdade, moradia, saúde, trabalho, educação e participação política. Relacionadas à categoria de inclusão social foram identificadas as referências à família, estigma, laços sociais, autonomia, contratualidade e trabalho.

Os resultados obtidos indicam que o campo da saúde mental não está em completa consonância com as transformações da sociedade contemporânea, o que provoca um descolamento da realidade social da própria política de desinstitucionalização e, portanto, maior dificuldade para a efetiva inclusão social e o exercício da cidadania desses indivíduos.

Palavras-chave: cidadania, inclusão social, desinstitucionalização e individualização

COSTA, M. I. S. **Mental health and the new paradigms of citizenship and social inclusion in contemporary society**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

This study aims to analyze the categories of citizenship and social inclusion related to the deinstitutionalization policy of individuals in psychological distress, considering the individualization process in the contemporary social theory. The hypothesis is that leaving the psychiatric hospital does not guarantee the social inclusion and the exercise of citizenship.

Considered the objective of this research, it was decided to do a literature review as a methodological procedure. The object of this study has been divided into three groups: (1) 56 scientific papers reviewed in order to identify how the academy deals with this issue; (2) a set of legislation, made up of 10 laws that have implemented deinstitutionalization policy in Brazil and the reform of psychiatric health services analyzed in order to understand the State's actions; (3) Reading of the four Final Reports of the Fourth National Conference of Mental Health, to understand how the civil society has been participating in this process. As a research tool to analyze the material mentioned above, we used a technique of reading literature focusing on content analysis. Among the various processes that characterize contemporary society, we chose to examine the individualization that affects the forms of citizenship and social inclusion. In analyzing the citizenship category, associations between the civil interdiction, freedom, housing, health, work, education and political participation were found. Related to the category of social inclusion were identified references to family, stigma, social ties, autonomy, contractually and work.

The result of this study shows that the field of mental health is not in complete harmony with the changes of contemporary society, which causes a detachment of the social reality of the deinstitutionalization policy and therefore it is more difficult to guarantee an effective social inclusion and the exercise of citizenship of these individuals.

Keywords: citizenship, social inclusion, deinstitutionalization and individualization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
Procedimento metodológico	17
Seleção do material empírico	19
Análise dos artigos.....	23
Análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	26
Análise da legislação	27
CAPÍTULO 1: TRANSFORMAÇÕES DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: O PROCESSO DE INDIVIDUALIZAÇÃO	28
1.1. Individualização	29
1.2. Transformações sociopolíticas	39
CAPÍTULO 2: OS CONCEITOS DE CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL	52
2.1 Cidadania.....	52
2.1.1. Sobre o conceito de cidadania e seu exercício na sociedade contemporânea	55
2.1.2. Tipologia da cidadania.....	69
2.1.3. Cidadania e saúde no Brasil contemporâneo	52
2.2. A dialética do conceito de inclusão/exclusão social	77
2.2.1. Precarização do trabalho.....	83
2.2.2. Precarização da sociabilidade primária	87
2.2.3. Estigma	91
CAPÍTULO 3: SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO – A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	93
3.1. A construção social da loucura como doença mental	93
3.2. A política de saúde mental no Brasil.....	98
3.3. A Redemocratização e a Reforma Sanitária no Brasil	101
3.4. A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	105
3.5. Desinstitucionalização e os novos paradigmas em saúde mental	111
CAPÍTULO 4. RESULTADOS E ANÁLISE EMPÍRICA	119
4.1. Resultados da pesquisa e análise empírica.....	119
4.1.1. Referências e associações à categoria de cidadania	119
4.1.2. Referências e associações à categoria de inclusão social	144
4.2. Síntese comparativa dos achados	159

CAPÍTULO 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	163
5.1. Cidadania.....	165
5.1.1. Direitos civis.....	165
5.1.2. Direitos políticos.....	168
5.1.3. Direitos sociais	171
5.2. Inclusão social	179
5.2.1. Dimensão da sociabilidade primária.....	180
5.2.2. Dimensão da precariedade do trabalho.....	188
5.2.3. Dimensão do Estigma.....	191
CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
BIBLIOGRAFIA	205
ANEXO 1- Lista da legislação	225
ANEXO 2 – Lista dos artigos selecionados.....	227
ANEXO 3 – Matriz da leitura dos artigos	233
ANEXO 4 – Matriz das Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	263
ANEXO 5 – Matriz da legislação	274

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MTST	Movimento do Trabalhador em Saúde Mental
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Reforma Sanitária
RP	Reforma Psiquiátrica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Matriz comparativa da categoria cidadania..... 160

Quadro 2. Matriz comparativa da categoria inclusão social..... 161

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proporção de citações dos direitos por categoria	122
Figura 2. Direitos civis.....	165
Figura 3. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).....	173
Figura 4. Esquema de análise da inclusão social	179
Figura 5. Quadro do esquema analítico da tese	196

APRESENTAÇÃO

Desde minha graduação em Ciências Sociais, tenho investido meus estudos em pesquisas relacionadas ao campo da saúde mental, em especial às instituições psiquiátricas. Foi assim que, na graduação (2001-2004), realizei uma pesquisa de iniciação científica sobre a Reforma Psiquiátrica e a Desospitalização dos Internos do Hospital do Juquery. Durante a pesquisa, deparei-me com as instituições de custódia e meu foco de atenção passou a ser a relação entre *saúde mental e crime*.

Ao finalizar o curso de Ciências Sociais dediquei-me, no curso de Mestrado (2006-2009), a elaborar a dissertação *Política de Saúde Mental – Política de Segurança: manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão*, na qual analisei a relação entre a política de segurança e a política de saúde no âmbito da missão do Hospital de Custódia Professor André Teixeira Lima. Ademais, durante a graduação, trabalhei como estagiária na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, onde pude ter contato com o Grupo de Saúde Mental do Conselho Municipal da Saúde.

Como se depreende, devido à minha formação, meu interesse pelo campo da saúde, sobretudo pelos temas de saúde mental, tem um viés sociopolítico, uma vez que pude acompanhar a implantação do SUS, mesmo que distante, e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e as consequentes mudanças políticas e sociais, bem como as exigências, articulações e conquistas desses movimentos de reforma e de luta antimanicomial.

A partir de minhas pesquisas, notei que a questão da desinstitucionalização e da inclusão social ainda se constitui em um nó crítico a ser desatado pela Reforma Psiquiátrica. Identifiquei que a questão do resgate do exercício da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico com longo histórico de internação e sua inclusão social eram questões intrinsecamente vinculadas para a efetivação dessa política.

Entretanto, pareciam-me um pouco nebulosas as definições das categorias de cidadania e inclusão social e, por vezes, estas pareciam ser tratadas quase como sinônimos nos textos sobre o tema. Com olhar de cientista social, essa falta de precisão conceitual começou a me incomodar, mesmo porque, conforme já mencionado, considero que a

cidadania e a inclusão social são questões de extrema importância para uma efetiva desinstitucionalização desses sujeitos.

A hipótese da pesquisa foi de que, no contexto da política de desinstitucionalização, a saída do manicômio e o acesso aos serviços extra-hospitalares não garantem uma efetiva inclusão social e o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Parto de cinco pressupostos:

- O primeiro é o da identificação de que o reconhecimento da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico é parte fundamental para sua inclusão social.
- O segundo é o de que as categorias de cidadania e inclusão social, apesar de complementares, são distintas.
- O terceiro é o de que as categorias de cidadania e inclusão social devem ser compreendidas dentro do seu contexto sócio-histórico, pois são conceitos historicamente situados.
- O quarto é o da necessidade de se compreender o contexto societário como parte intrínseca e fundamental das transformações do próprio Estado, bem como das modificações da relação entre ele e a sociedade.
- O quinto é o de que, atualmente, estamos na transição de um momento histórico, assistindo às mudanças nos paradigmas modernos que por mais de um século guiaram a vida da sociedade ocidental. Essa mudança provoca impactos nas formas de exercício da cidadania e nos modos de inclusão social.

Com foco em tais pressupostos, o objetivo geral desta pesquisa foi o de analisar as referências e associações das categorias de cidadania e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico na política de desinstitucionalização, em face das transformações da sociedade contemporânea, mais especificadamente, do processo de individualização. Visto que este processo enfraquece os laços sociais, familiares, transformando também a relação Estado e sociedade, as categorias cidadania e inclusão social são alteradas o que, por sua vez, impactam a política de desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico. Pretende-se, assim, que esta pesquisa venha a contribuir para melhor compreender tais categorias na formulação dessa política.

A pesquisa foi desenvolvida a partir da leitura orientada de: 1. Artigos científicos, buscando captar a visão da academia sobre esse campo; 2. Legislação, que são as materializações das políticas na implantação de serviços e programas, ou seja, a ação do Estado; 3. Relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, que têm por objetivo subsidiar as políticas por meio da participação da sociedade civil.

Por fim, foi realizada a análise dos resultados encontrados, pelo levantamento, relativos às transformações da sociedade contemporânea. Para essa etapa, foi necessário um estudo prévio dividido em três passos: 1. Análise das categorias de inclusão social e cidadania na contemporaneidade; 2. Análise das transformações da sociedade; 3. Análise do contexto da saúde mental contemporânea. Foi com base nesses estudos que se fez a análise comparativa final dos resultados encontrados no material analisado (artigos, legislação e relatório final das conferências).

Esta tese está dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, analisei a teoria social contemporânea e o processo de individualização por ter como pressuposto que este altera as relações sociais e, conseqüentemente, as formas de exercício da cidadania e inclusão social no contexto sócio-histórico atual.

No primeiro segundo, defini as categorias de cidadania e inclusão social para que essas concepções servissem como “tipos ideais” que guiassem a pesquisa empírica seguinte.

No terceiro capítulo são analisados o contexto da política de saúde mental contemporânea e o caminho percorrido para a implantação da Reforma Psiquiátrica e da política de desinstitucionalização.

No quarto, apresento a análise da pesquisa empírica, quer dizer, as referências e associações às categorias de cidadania e inclusão social identificadas no material de pesquisa (artigos, legislações e relatórios).

No quinto e último capítulo, é apresentada a análise da pesquisa empírica ante a teoria social contemporânea e as definições das categorias apresentadas no segundo capítulo.

Espera-se, por fim, que o empreendimento analítico efetuado nesta pesquisa tenha condição de oferecer uma compreensão mais precisa das categorias de cidadania e inclusão social e que contribua para a efetivação da política de desinstitucionalização

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo é uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa que tem como objetivo analisar as referências às categorias cidadania e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico na política de desinstitucionalização, em face das transformações da sociedade contemporânea.

Mas o que é uma pesquisa exploratória? Piovesan e Temporini (1995, p. 321) afirmam que a pesquisa exploratória no campo da saúde pública “tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere”. Esse tipo de pesquisa, segundo os autores, permite um conhecimento mais completo e adequado da realidade, “(...) corresponderia a uma visualização da face oculta da realidade” (Piovesan e Temporini, 1995, p. 324). Nessa mesma linha de raciocínio, Gil (2008) afirma que o objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado.

Posto isso, se o objetivo desta pesquisa é analisar as referências às categorias cidadania e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico na política de desinstitucionalização, optou-se por fazer uma pesquisa bibliográfica como procedimento metodológico.

O material de estudo foi dividido em três conjuntos:

1. análise de artigos científicos, visando a compreender a visão da academia;
2. análise da legislação que implementou a política de desinstitucionalização no Brasil e a reforma dos serviços de saúde mental, visando a compreender as ações do Estado;
3. relatório final das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, visando a compreender também a visão do movimento e, portanto, da participação da sociedade civil.

Para a análise do material, utilizou-se uma combinação de duas técnicas complementares: leitura bibliográfica (SALVADOR, 1971) com a análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

A leitura bibliográfica, segundo Salvador (1971), visa a identificar informações e dados contidos no material selecionado. Sua orientação é no sentido de realizar leituras sucessivas, assim classificadas: a) leitura de reconhecimento do material bibliográfico, que consiste em leitura rápida para localizar e selecionar o material que pode apresentar dados relevantes ao tema; b) leitura exploratória, que também se constitui em leituras rápidas com o objetivo de verificar se as informações selecionadas realmente interessam para o estudo; c) leitura seletiva, que visa a selecionar material diretamente atrelado aos objetivos da pesquisa; d) leitura reflexiva ou crítica, quer dizer, estudo crítico do material selecionado, visando a compreender a visão de cada autor; e) leitura interpretativa, que implica analisar as ideias de cada autor, relacionando-as aos objetivos da pesquisa.

Bardin (1977) configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Três são as etapas que constituem a aplicação dessa técnica de análise: 1. pré-análise, realização de uma “leitura flutuante”, que objetiva gerar impressões iniciais acerca do material; 2. exploração do material, etapa em que se codificam as informações contidas no material, ou seja, recorta-se o texto buscando classificar os referidos recortes nas categorias temáticas; 3. etapa final, na qual, segundo “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 1977, p. 101)

No campo da pesquisa em saúde, dois autores afirmam a validade do uso da análise de conteúdo: Minayo (1996, 2001) e Campos (2004).

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Na visão da autora, essa análise possibilita uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificar hipóteses e/ou questões e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos nos discursos.

Campos (2004, p. 611), que estudou o uso da análise qualitativa no campo da saúde, afirma que:

Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo; confere ao método relevância teórica, implicando pelo menos uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor. Um dado sobre conteúdo de uma comunicação é sem valor até que seja vinculado a outro e esse vínculo é representado por alguma forma de teoria. Segundo este ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção.

Dessa forma, foram realizadas nesta tese leituras sucessivas, utilizando a técnica de Salvador (1977) para selecionar o material de pesquisa e, em seguida, a análise de conteúdo de Bardin (1977) para identificar e categorizar os discursos por meio das associações com as categorias de cidadania e inclusão social. Em suma, após a seleção do material, os dados foram categorizados em temas principais que resultaram do agrupamento progressivo dos elementos. Destaca-se que os títulos das categorias temáticas foram definidos durante a realização da etapa de exploração do material.

Por fim, foi realizada a análise dos resultados tendo como base às transformações da sociedade contemporânea.

SELEÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Utilizou-se o material coletado na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A escolha da Lilacs se justifica por ser uma base de dados de informações bibliográfica em ciências da saúde reconhecida e que abrange a maioria das publicações científicas produzidas na área. Em princípio, pensou-se também em pesquisar na Scielo (Scientific Electronic Library Online) e na BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), portais que compilam publicações de várias revistas; entretanto, após uma pesquisa exploratória, decidiu-se utilizar apenas a base de dados Lilacs visando a garantir a qualidade científica dos arquivos selecionados. Ademais, muitos dos trabalhos disponíveis e selecionados na Lilacs também estavam vinculados ao Scielo e à BVS.

O recorte temporal aplicado foi entre 1990 e 2013, por abranger um período de grande debate no país sobre a desinstitucionalização – década de 90 – e o período pós-promulgação da Lei 10.216, em 2001. O critério para a escolha dos artigos foi que seus resumos contivessem os seguintes termos:

- Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização.
- Reforma Psiquiátrica e cidadania.
- Reforma Psiquiátrica e inserção social.
- Reforma Psiquiátrica e reinserção social.

A escolha desses termos se deu por considerá-los primordiais para o objetivo da pesquisa. “Reforma Psiquiátrica” garante o contexto da política de saúde em que o objeto pesquisado está inserido. “Desinstitucionalização”, “reinserção”, “inserção” e “cidadania” são os termos que vinculam a política à inclusão social e ao resgate da condição de cidadão.

Na primeira busca, realizada em março de 2014, foram encontradas 195 referências bibliográficas distribuídas da seguinte forma:

- Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização = 72 referências.
- Reforma Psiquiátrica e cidadania = 61 referências.
- Reforma Psiquiátrica e inserção social = 17 referências.
- Reforma Psiquiátrica e reinserção social = 21 referências.

Feita a primeira seleção, iniciou-se a técnica de leituras sucessivas, conforme Salvador (1971). Na etapa de leitura exploratória, títulos e resumos, foram descartadas 62 referências. O critério foi selecionar apenas artigos científicos e que tratassem essencialmente do tema em questão. Essa opção foi feita por considerar os artigos uma forma relevante de comunicação científica, que possibilita refletir a produção da área de saúde mental no país no período selecionado. Dessa forma, foram descartadas dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso e livros. Com relação à seleção com base no tema, foram descartados artigos específicos sobre algum agravo (exemplo: drogadição, psicose, esquizofrenia etc.), os relacionados à internação por medida de segurança¹ e os que tratavam apenas da gestão de

¹ Medida de segurança é um tratamento imputado aos réus que cometeram crime e que são considerados inimputáveis ou semi-imputáveis. De acordo com os art. 96 e 97 do Código Penal, as medidas de segurança são: “I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial”. Se o agente for inimputável ou semi-imputável, o juiz determinará sua internação. Todavia, se o fato previsto como

serviços. Essa opção visava a priorizar artigos que tratassem da desinstitucionalização como uma política de saúde ampla e, assim, evitar a seleção de artigos sobre temas muito específicos e que não pudessem colaborar para a análise de forma significativa.

Após o término dessa primeira etapa, percebeu-se que analisar apenas o conceito de cidadania era insuficiente e seria necessário acrescentar o conceito de inclusão social. Esta decisão se justifica por se ter encontrado muitas referências à cidadania como estratégia complementar a ação da inclusão social.

Sendo assim, foram então pesquisados artigos com os termos “Reforma Psiquiátrica e inclusão social” e encontradas 23 referências, sendo nove descartadas.

No total, foram selecionados 72 artigos, distribuídos da seguinte forma:

- Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização = 29 referências.
- Reforma Psiquiátrica e cidadania = 24 referências.
- Reforma Psiquiátrica e inserção social = 4 referências.
- Reforma Psiquiátrica e inclusão social = 11 referências.
- Reforma Psiquiátrica e reinserção social = 4 referências.

Dos 72 artigos selecionados, seis se repetem:

- Inclusão social + inserção social = 1 artigo.
- Cidadania + inclusão social = 2 artigos.
- Cidadania + inserção social = 1 artigo.
- Desinstitucionalização + reinserção social = 2 artigos.

Assim, constituídas as delimitações para selecionar a matéria-prima de pesquisa, foram definidos 68 artigos para análise. Entretanto, após a etapa da leitura seletiva, mais 12 textos foram descartados por tratarem de temas específicos que não contribuíam para a análise. Por fim, foram selecionados 56 artigos (Anexo 1 – Lista dos artigos selecionados).

crime for punível com detenção, o juiz poderá submeter o agente a tratamento ambulatorial. A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos de internação. A perícia médica realizar-se-á ao término do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução. Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

É importante explicitar que nesta tese não haverá distinção entre as categorias inserção, inclusão social e reinserção. Essa não distinção se justifica por serem utilizadas quase que como sinônimos nos textos analisados. Por esse motivo, optou-se por utilizar o termo inclusão como uma categoria ampla que concentra as demais.

A análise da legislação teve como objetivo estudar arcabouços jurídicos que constituem conquistas do movimento Reforma Psiquiátrica no país. Tais ordenamentos legais subsidiam o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e constituem-se em ações de suporte aos sujeitos em sofrimento psíquico na saída dos hospitais psiquiátricos e no acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Assim, essa etapa da pesquisa foi delimitada a atos normativos do governo federal, referentes à reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil. Para sua seleção, foi utilizado o acervo legislativo do Ministério da Saúde, principalmente duas coletâneas de legislação sobre saúde mental disponíveis no portal:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

No primeiro levantamento, foram encontradas sete leis, três decretos, 90 portarias, sete resoluções, duas deliberações e cinco recomendações². A próxima etapa foi identificar dentro desse rol qual legislação é pertinente para a pesquisa.

Os critérios de seleção da legislação foram:

1. arcabouços jurídicos que subsidiem o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, ou seja, a implantação de ações de suporte aos sujeitos em

² Leis são atos normativos da competência do Poder Legislativo, sancionados pelos chefes dos Poderes Executivos. Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender a situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais autoridades públicas promulgam instruções sobre a organização e normas de execução de serviços. Resoluções, Deliberações e Recomendações são atos adotados por assembleias de caráter deliberativo.

sofrimento psíquico na saída dos hospitais psiquiátricos e acesso à Rede de Atenção Psicossocial;

2. apenas a legislação federal: portarias e leis.

Desse modo, foram descartados os que não abrangem essa questão específica e os que tratam de algum agravo específico, tal como o uso de álcool e drogas.

Após a pré-análise, foram selecionadas 10 categorias do ordenamento legislativo-jurídico da área de saúde mental, sendo cinco instituídas antes da reforma psiquiátrica de 2001 e seis após esse evento (Anexo 1 – Lista da legislação)

Tendo em vista o importante papel que as Conferências exercem – por sua função participativa e pedagógica, ao criarem um espaço de debate e proposições por parte dos movimentos sociais, trabalhadores, familiares e usuários e, também, por auxiliarem gestores na elaboração de políticas públicas –, definiu-se que os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental seriam um rico material de análise. Assim, optou-se por analisar todos os quatro relatórios:

- I - Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987;
- II - Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992;
- III - Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001;
- IV - Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010.

Análise dos artigos

Analizados os 56 artigos selecionados, a estratégia foi realizar uma primeira leitura de cada texto para se ter uma visão geral do material. Nessa leitura, já foi possível identificar temas centrais, como política, serviço, teoria etc., o que permitiu realizar uma primeira categorização do material. Segundo, Bauer (2000), classificação (ou codificação) é um processo interpretativo. É um modo sistemático de comparação no qual o pesquisador trata os materiais a fim de conseguir respostas dentro de um conjunto predefinido de categorias.

Com base na metodologia de Bardin (1977), o material foi categorizado segundo cinco áreas temáticas:

1. Política: artigos que tratassem da política de governo em relação à saúde mental. Da Reforma Psiquiátrica, da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), das novas diretrizes e seus impactos no cidadão em sofrimento psíquico.
2. Serviços: artigos que tratassem de um ou mais serviços específicos da rede, tais como os CAPS, a residência terapêutica, o hospital, etc. Foram selecionados textos que tratavam de serviços existentes, relatos da implantação e de seu funcionamento.
3. Teoria: artigos que tratassem da teoria do cuidado em relação ao usuário nas demais disciplinas que compõem a rede (dentre outros, psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra), bem como da discussão de conceitos teóricos, como território, inserção laboral, cuidados, reabilitação, etc.
4. Visão do usuário: artigos que tratassem da visão do usuário em relação ao cuidado, a rede e o processo de desinstitucionalização.
5. Visão do profissional: artigos que tratassem da visão do profissional da Raps em relação ao seu papel no cuidado, suas concepções sobre o processo de desinstitucionalização, etc.

Após a categorização, o conjunto dos artigos científicos apresentou a seguinte configuração:

- a. política: 11 artigos;
- b. serviço: 21 artigos;
- c. teoria: 10 artigos;
- d. visão dos profissionais e usuários: 14 artigos.

Como o objetivo desta pesquisa foi analisar as referências às categorias de cidadania e inserção social do sujeito em sofrimento psíquico no contexto da política de desinstitucionalização, para alcançá-lo, a estratégia foi procurar identificar e analisar o sentido de cada categoria separadamente (cidadania, inclusão social) nos textos selecionados. Para essa etapa, a divisão dos textos em áreas temáticas foi mantida e iniciou-se pelo tema política, seguido de serviços, teoria, visão do usuário e visão dos profissionais.

Nessa etapa de análise temática, utilizaram-se as duas primeiras técnicas de Bardin (1977): pré-análise e exploração do material. Em síntese, primeiro foi feita uma leitura geral, buscando identificar os assuntos gerais dos artigos com o tema da pesquisa; a seguir, uma

leitura mais minuciosa, buscando identificar as ideias que melhor definiam as categorias e, assim, a elaboração de uma matriz (Anexo 2 – Matriz da Leitura dos Artigos) de cada bloco, de forma a registrar os principais “achados”: referência bibliográfica, ano da publicação, área da revista, objetivo do artigo, alguma referência importante sobre cidadania e sobre inclusão/inserção e reinserção social.

Com a matriz construída, passou-se à descrição do que foi encontrado nas leituras de cada texto. Na descrição, Capítulo 4 desta tese, manteve-se a categorização por áreas temáticas. Cabe ressaltar que essa etapa não está indicada na metodologia de Bardin (1997), entretanto, optou-se por realizá-la tendo em vista que esse material auxiliaria na etapa seguinte, a de tratamento de dados.

Em relação ao conceito de cidadania, identificou-se que 29 artigos faziam referência à categoria cidadania:

- Política: 11 artigos – cinco de revistas da área de saúde coletiva, dois da área de enfermagem, dois da área de psicologia e dois da área de direito.
- Serviço: sete artigos – quatro de revistas da área de psicologia, dois da área de enfermagem e um da área de saúde coletiva.
- Teoria: oito artigos – cinco da área de enfermagem, um da área de psicologia e dois da área de saúde coletiva.
- Visão do usuário/profissionais: três artigos – dois da área de saúde coletiva e um da área de enfermagem.

Concernente ao conceito de inclusão social, identificou-se que 48 artigos faziam referência à categoria inclusão social:

- Política: oito artigos – um da área de direito, um da área de enfermagem, dois da área de psicologia e quatro da área de saúde coletiva.
- Serviço: vinte e um artigos – um da área médica, seis da área de enfermagem, 10 da área de psicologia e quatro da área de saúde coletiva.
- Teoria: sete artigos – três da área de enfermagem e quatro da área de psicologia.
- Visão do usuário/profissionais: doze artigos – cinco da área de enfermagem, dois da área de psicologia e seis da área de saúde coletiva.

Com a descrição pronta, iniciou-se a análise, primeiramente procurando classificar as associações com as categorias de cidadania e inclusão social.

Durante a análise da categoria cidadania, foram elencadas três formas de associações:

1. Direitos (sociais, civis e políticos);
2. Inclusão social;
3. Nenhuma forma de associação, apenas referência à importância da cidadania.

Para a categoria inclusão social, foram elencadas sete associações:

1. Família;
2. Acesso à cidade;
3. Trabalho;
4. Estigma;
5. Laços sociais;
6. Autonomia;
7. Contratualidade;
8. Cidadania.

A etapa final, tratamento de dados, foi o momento de analisar os significados dos resultados obtidos com base na bibliografia e em relação às transformações da sociedade contemporânea – Capítulos 1 e 2 desta tese.

Análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Esta análise seguiu os mesmos passos utilizados nos artigos e na legislação. Primeiramente, foi feita uma leitura prévia para o levantamento. Em seguida, uma leitura mais minuciosa buscou identificar as menções às categorias e realizar o preenchimento da planilha (Anexo 4 – Conferências Nacionais de Saúde Mental) com as seguintes informações:

1. Conferência;
2. Ano;
3. Temas da conferência;
4. Contribuição para a análise;
5. Menções à categoria cidadania;

6. Menções à categoria inclusão social.

Tal como nos materiais anteriores, com a planilha pronta, foi o momento de fazer a descrição de cada uma. A etapa final consistiu na análise do material encontrado com base na bibliografia e em relação às transformações da sociedade contemporânea – Capítulos 1 e 2 desta tese.

Análise da legislação

A análise do arcabouço legal seguiu os mesmos passos utilizados com relação aos artigos. Primeiramente foi feita uma leitura prévia para o levantamento. Em seguida, uma leitura mais minuciosa buscou identificar as menções às categorias e realizar o preenchimento da planilha (Anexo 3 – Planilha de Legislação) com as seguintes informações:

1. Legislação;
2. Ano;
3. Tipo de legislação: portaria ou lei;
4. Objetivo da legislação;
5. Contribuição para a análise;
6. Menções à categoria cidadania;
7. Menções à categoria inclusão sociais.

Com a planilha pronta, foi o momento de se fazer a descrição de cada uma. Tal como realizado com os artigos, a etapa final foi analisar o material encontrado com base na bibliografia e em relação às transformações da sociedade contemporânea – Capítulos 1 e 2 desta tese.

CAPÍTULO 1: TRANSFORMAÇÕES DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: O PROCESSO DE INDIVIDUALIZAÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar um panorama das transformações sociais da sociedade contemporânea. Dentre muitos dos processos que caracterizam o atual momento histórico, esta tese se concentrará basicamente no processo de individualização. Este estudo subsidiará um diagnóstico dos impactos da individualização nas instituições políticas, no exercício da cidadania e nos modos de sociabilidade que impactam a política de desinternação psiquiátrica e reinserção social, e também no modo como a sociedade se relaciona com o que considera loucura.

Muitos são os nomes atribuídos ao atual momento histórico: pós-modernidade (BAUMAN, 2001; LIPOVETSKY, 2005; HARVEY, 1994), modernidade líquida (BAUMAN, 2001, 1999a), sociedade pós-industrial, modernidade reflexiva, (GIDDENS, LASH, BECK, 1997), sociedade de risco e segunda modernidade (BECK, 2011), hipermodernidade (LIPOVETSKY, 2004), dentre outros. Como afirma Ianni (2013:43-44), utilizaremos, aqui, o termo **primeira modernidade** para nos referirmos à “modernidade tradicional, aquele momento histórico em que a sociedade industrial moderna se configura, ainda, com as características da plena industrialização, da crença na assertividade da ciência e da tecnologia como expressão de razão e do progresso, da constituição e hegemonia dos estados-nação e o modelo de família nuclear”. Por **sociedade contemporânea** compreendemos como “um desdobramento, em autoreferência, da tradição moderna industrial; a transformação da modernidade por dentro de si mesma (...) que, no entanto, não deixa de promover mudanças estruturais na centralidade das sociedades ocidentais”.

Para Bauman (1999a), duas são as características que fazem do atual momento uma modernidade distinta da precedente ou do momento primeiro da modernidade: o declínio da antiga ilusão moderna e o individualismo. A primeira refere-se à antiga crença de que há um ideal de sociedade e de Estado a ser alcançado. Para o autor, a metáfora da humanidade moderna era a do jardineiro. O jardineiro acredita na ordem do mundo e sabe exatamente qual o tipo de planta que deve crescer ou não, garantindo assim a construção de seu arranjo ideal. Para tal, ele precisa destruir as “ervas daninhas” indesejadas e que podem alterar o arranjo idealizado. É do jardineiro que emergem as grandes utopias norteadoras da sociedade moderna. Existia um projeto social, um norte para onde a sociedade deveria caminhar. Essa

ideia moderna era embasada na fé do progresso da sociedade, segundo a qual, na sociedade contemporânea, as grandes utopias e, conseqüentemente, os grandes projetos coletivos perdem espaço para o imediatismo e para os projetos individuais.

A segunda, intrinsecamente ligada à primeira, consiste em deslocar a ênfase do projeto coletivo para o individual. Essa alteração se reflete na realocação do discurso político focado no coletivo para o dos “direitos humanos”; isso significa que o atual enfoque passa a ser o discurso do direito de os indivíduos serem diferentes e de escolherem seus próprios modelos de felicidade e estilos de vida. Assim, para o autor, do ponto de vista da dinâmica social, o elemento integrador da coesão social moderna se desmoronou, pois não há mais um projeto coletivo mobilizador.

Com uma linha de pensamento convergente com a de Bauman, Lyotard (2002) afirma que esse novo momento reflete a época em que as grandes narrativas perdem a credibilidade e a admiração dos indivíduos e, portanto, a capacidade de domínio das consciências. Tais são os enunciados que marcam a emergência de novos paradigmas na sociedade contemporânea: a incapacidade do Estado de provocar o engajamento das massas a partir de um sentimento nacionalista; as incertezas em virtude da contemplação dos cenários pós-guerra, a crise na crença dos discursos de pretensão a uma aplicabilidade universal. Com discurso parecido ao de Lyotard, Harvey (1994:19) afirma que “a fragmentação, a indeterminação e a intensa desconfiança de todos os discursos universais ou (para usar um termo favorito) totalizantes são o marco do pensamento pós-moderno”.

Compreende-se, assim, de acordo com os autores citados anteriormente, que o momento histórico do pós-guerra desqualificou a credibilidade de que as metanarrativas desfrutavam, bem como as instituições que as promulgavam. Dá-se, portanto, início a uma fase de desconfianças dos discursos universais e de incertezas perante o futuro. A partir dessa crise, intensificou-se o individualismo exacerbado e a crise dos absolutos, a relativização do agir e do pensamento ético, bem como a intensificação do viver no presente e a escassez do engajamento em massa. Em consequência dessas transformações, os interesses individuais suplantam os coletivos (BECK, 2011; BAUMAN, 2001; LIPOVETSKY, 2005).

O PROCESSO DE INDIVIDUALIZAÇÃO

A noção de indivíduo é profundamente histórica e nem sempre existiu com os significados que lhe atribuímos atualmente. Acredita-se que ‘indivíduo’ é um termo

eminentemente moderno, que remonta ao Iluminismo e à ideia da libertação pela razão (MATEUS, 2011). Até o fim da Idade Média, o homem encontrava-se submisso à coletividade em que estava inserido, às relações de tradição, aos costumes e a um papel previamente determinado pelo seu nascimento. A identidade do homem “tradicional” era claramente definida e fixa. A vida era organizada por instituições rígidas e coletivas.

No advento da modernidade emerge a noção de indivíduo e sua prevalência sobre a noção do coletivo, o que quer dizer que a ênfase iluminista sobre o homem autônomo e racional traz mudanças fundamentais ao entendimento do indivíduo e de sua relação com tradição, obediência e sociedade.

Inerente à emancipação da razão, esteve a reivindicação da liberdade como espaço reservado à autodeterminação de cada indivíduo em face do Estado. De fato, a liberdade dos modernos é a liberdade de não interferência sobre a intimidade do indivíduo e a favor da satisfação da independência privada. Essa liberdade moderna acirrou a primazia do privado sobre o público e do individual sobre o coletivo. Ela é alicerçada na emancipação do indivíduo sobre o social.

Bauman (2001:39) ressalta que “*a apresentação dos membros como indivíduos é a marca registrada da sociedade moderna*”. É somente com a modernidade que a ideia de liberdade individual ganha ênfase.

É importante frisar que há uma diferença entre a individualização da primeira modernidade e a da sociedade contemporânea. Se a individualização dos séculos XVIII e XIX tinha como ideal a liberdade e a igualdade, a individualização que emergiu na segunda metade do século XX tem como ideal a distinção e a diferença. Esta diferença evidencia que, na primeira modernidade, a igualdade ainda era um valor tão ou mais importante que a liberdade, ou seja, a individualização, apesar de importante, era algo secundário. Como Bauman demonstra em *Modernidade e Ambivalência* (1999a), a primeira modernidade foi marcada por um esforço de eliminação da ambivalência e de qualquer coisa que pudesse causar alguma desordem e atrapalhar a busca por uma sociedade planejada e ordenada, o que tornava qualquer diferenciação um tanto perigosa.

Os Estados nacionais modernos possuíam certa exigência de homogeneidade interna das identidades, impedindo, assim, a proliferação da individualidade como ideal de distinção. No entanto, os indivíduos eram entendidos como livres e iguais, podendo exercer direitos e

deveres perante a sociedade e o Estado, bem como sendo responsabilizados por suas ações. Além disso, sua identidade era previamente determinada por sua nacionalidade, gênero, classe social, profissão e família.

Beck (2011) visualiza que, com o advento da modernidade, introduziu-se um modelo de individualização tripla: 1. Desprendimento das formações e dos vínculos sociais estabelecidos historicamente; 2. Perda das seguranças tradicionais; e, por último, 3. O aparecimento de uma nova forma de enquadramento social, como resultado das anteriores. Isso quer dizer que, no desenvolvimento político-econômico, inserido no contexto da passagem da primeira modernidade para a chamada segunda modernidade (ou sociedade contemporânea), os indivíduos são libertados das formas sociais da sociedade industrial, tais como os estratos sociais, família, gênero etc.

Com efeito, começa-se a desenhar uma concepção de indivíduo alicerçada na formulação de liberdade que visa ao alcance das condições necessárias para a construção de um projeto de vida, com opções de escolhas, possibilidades e decisões que só podem ser tomadas por si mesmo. De acordo com o autor, esse processo significa que o indivíduo, como agente de ação, pode definir suas formas de vida individuais e coletivas e, portanto, tornar-se o novo modo de expressão das suas escolhas.

Com uma linha de raciocínio similar à de Beck, Giddens (1997) entende que a biografia do indivíduo contemporâneo é um *constructum* formado de um *continuum*, caminho percorrido e a ser percorrido. Dessa forma, pode-se concluir que a biografia individual é apresentada, para ambos os autores, como um projeto reflexivo, um conjunto aberto de possibilidades que requerem decisões constantes do indivíduo.

De acordo com Beck, a individualização é entendida no âmbito do processo de formação e constituição social no qual o indivíduo é a referência central das ações do mundo social, ligando-se aos mecanismos e aos processos que tornam a percepção dos problemas sociais em problemas individuais e, portanto, não mais estabelecidos no domínio social. Dessa forma, assiste-se a uma decomposição das fontes de significados coletivos, que se tornam objeto de desencantamento e até mesmo de esgotamento. Tal processo conduz as instituições a fundamentarem as suas funções de suporte nos próprios indivíduos perdendo a dimensão do coletivo. (BECK, 2010).

Beck (1997) considera que, quando a modernidade atinge certo nível de desenvolvimento, diminuem os constrangimentos das regulações estruturais sobre os indivíduos, visto que as próprias forças do processo de mudança tornam os indivíduos mais livres em relação às estruturas modernas. Fundamentada na individualização, refere-se a uma mudança estrutural da vida privada que força os indivíduos construir reflexivamente sua própria biografia. Isto é, tomar as suas próprias decisões livre de pressões estruturais.

“A individualização é uma compulsão, mas uma compulsão pela fabricação, o autoprojeto e a auto-representação, não apenas pela autobiografia, mas também de seus compromissos e articulações à medida que as fases da vida mudam (...)” (BECK, 1997, p. 26).

Nas análises de Beck e Giddens, a reflexividade é um conceito central, que diz respeito à capacidade de os indivíduos compreenderem os acontecimentos que se passam a sua volta, de tal modo que possam relacioná-los a suas atividades naquele momento, bem como reordenar suas atividades pelo uso dessas informações. Ações reflexivas podem estar no exame e nas transformações de práticas sociais por força de informações novas. De acordo com Giddens (1991), esse período é marcado pela suscetível revisão de todas as atividades sociais sob a luz de novas informações e conhecimentos, o que pode ser caracterizado como um monitoramento das atividades humanas. Com base nas teorias dos autores, pode-se concluir que todos os aspectos da vida – das práticas sociais às instituições, do associativismo à construção do “eu” – passam a ser construídos reflexivamente.

Como a modernidade reflexiva – termo utilizado pelos autores para se referir à sociedade contemporânea – ocupa-se sempre mais com o domínio de problemas autocriados, a reflexividade significa ocupar-se com problemas e consequências do próprio processo de transformação da sociedade. As construções reflexivas implicam um processo de questionamento, de dúvidas e de escolhas. Como não há mais estruturas fixas e permanentes – sólidas, como as denominaria Bauman –, tudo está em constante construção e desconstrução. A movimentação e a agitação se fazem sentir em todas as esferas da vida, e o indivíduo é chamado constantemente a opinar, participar, escolher e decidir sobre os mais variados assuntos.

Enquanto Beck (1997) e Giddens (1991) relacionam a excessiva preocupação do indivíduo consigo mesmo com seu autodesenvolvimento e ao fato de que as velhas ordens comuns foram rompidas, Lash (1983) associa a atual sociedade a uma característica narcísica, assim denominada por ele, sem a preocupação com o passado e o futuro. Para os

primeiros, perdeu-se o sentido da comunidade histórica e o sentimento de pertencer a uma geração enraizada no passado, porque o sentido histórico foi perdido com as metanarrativas, valores tradicionais e instituições tradicionais modernas. Os indivíduos já não mais se prendem a instituições, mas, ao contrário, nelas e em seus valores, não mais acreditam. Essa é uma das sequelas do declínio dos sujeitos coletivos, como o Estado-nação, a comunidade e os sindicatos que garantiam a proteção dos indivíduos e de seus direitos. Isso não significa que não haja mais categorias como família, classe, gênero, religião, comunidades e sindicatos, mas sim que elas foram transformadas e muitas vezes relegadas ao segundo plano. Entretanto, elas não guiam mais a biografia individual.

Neste sentido, Beck (2011)³ afirma que as mudanças sociais no interior da sociedade contemporânea (sociedade de risco, termo utilizado pelo autor) desprendem o indivíduo das formas sociais tradicionais da sociedade industrial (primeira modernidade); consequentemente, das categorias tradicionais (classe e estamento) que formavam as bases do modo de pensar a sociedade, que, por sua vez, não se apresenta mais como definitivo. As transformações entre indivíduos e sociedade foram tão profundas que as distinções de classes sociais não determinam mais, exclusivamente, a formação das identidades. Tais mudanças não fazem com que desapareçam as desigualdades fundamentadas nas clivagens da primeira modernidade. O que ocorre é uma ressignificação com base no processo de individualização, ou seja, os problemas sociais passam a ser compreendidos também segundo a individualidade de cada um e não unicamente de forma coletiva.

De acordo com Beck (1997), isso conduz à imposição de todo esforço e culpabilidade sobre o próprio indivíduo.

“As oportunidades, ameaças, ambivalências da biografia que, anteriormente, era possível superar em grupo familiar, na comunidade da aldeia ou se recorrendo a uma classe ou grupo social, devem ser cada vez mais percebidas, interpretadas e resolvidas pelos próprios indivíduos. Certamente ainda podem ser encontradas nas famílias, mas as famílias nucleares estão se tornando uma instituição cada vez mais rara. Há desigualdades crescentes, mas as desigualdades e a consciência de classe perderam sua posição central na sociedade” (Beck, 1997, p.18-19).

³ Para Beck (2011), na Alemanha do pós-guerra desenvolveu-se uma dinâmica sócio estrutural que não pode ser explicada por meio da teoria de classe de Marx e Engels (classe definida pelo seu lugar em determinado sistema histórico de produção social e sua relação com os meios de produção). Dessa forma, o autor questiona a análise social a partir da leitura dos grandes grupos tradicionais, como classe, estamento e camadas.

Para o autor, a individualização não implica substituir as antigas certezas por uma situação de vazio. Ao contrário, o processo de individualização produz uma compulsão pela procura de novas certezas. Trata-se do surgimento de uma nova forma de conduzir a vida, já não mais preso às tradições. Posto isso, é importante ressaltar que a individualização caminha concomitante às tendências de novas formas de institucionalização e padronização de condições de vida. Os indivíduos livres tornam-se dependentes do mercado de trabalho e, conseqüentemente, de qualificação e formação para conseguir se inserir, bem como da oferta e dos meios para o consumo, das regras sócio jurídicas, da ciência, da medicina, da psicologia, etc. Em suma, o processo de libertação de certas institucionalidades aponta para contradições, ao passo que também produz novas dependências, que são institucionalizadas e padronizadas.

Tal como Beck, que analisa as transformações da sociedade contemporânea, Lipovetsky (2004) acredita que a partir do último quarto do século XX, a modernidade ingressou em uma fase de radicalização da modernidade, denominada por ele como *Hipermodernidade*. O atual momento, hipermoderno, instantâneo e fluído, tem como característica a “cultura do narcisismo”, representado por uma monumental explosão do neoindividualismo.

“(...) o individualismo sofre uma atualização que aqui chamamos de narcisista, de acordo com a definição dos sociólogos norte-americanos: narcisismo, consequência e manifestação miniaturizada do processo de personalização, símbolo da passagem do individualismo limitado ao individualismo total, símbolo da segunda revolução individualista” (Idem, 2005, p. 21).

Para o autor, os atuais ordenamentos e instituições contemporâneas servirão, tão somente, como objetos de escolha para os indivíduos construírem suas identidades sociais. De fato, os organismos reguladores que na primeira modernidade dirigiam a escolha dos indivíduos pelos serviços oferecidos, agora, no que o autor chama de neoindividualismo, tais serviços são utilizados de acordo com os interesses individuais e não mais como tendência social. Em seu livro “A era do vazio”, Lipovetsky (2004) apresenta a desagregação da sociedade e dos costumes, do enfoque do indivíduo contemporâneo no consumo de massa e da emergência de um modelo de individualização em ruptura com os paradigmas tradicionais dos séculos 17 e 18. Esse momento histórico marca um período de ruptura com todas as instituições que se opunham à liberdade e à autonomia dos indivíduos. É o momento em que

freios se rompem, permitindo a emergência e a manifestação dos desejos subjetivos e sua realização individual.

“A cultura pós-moderna é um vetor do aumento do individualismo; diversificando as possibilidades de escolha, liquidificando os pontos de referências, minando o sentido único e os valores superiores da modernidade, ela administra uma cultura personalizada sob medida, que permite ao átomo social emancipar-se do balizamento disciplinar revolucionário” (LIPOVETSKY, 2005, p. 21).

Assim como Bauman (2001), Lipovetsky (ibidem, 2004), afirma que esse novo paradigma individualista é consentâneo a vários fatores, tais como, as inovações dos meios de comunicação e transporte e do desenvolvimento das transações comerciais, inerentes ao estado atual do capitalismo, que se assume como consumista. É assim que, calcada no individualismo, formou-se uma sociedade hedonista que envolve, quase indistintamente, todos os segmentos e classes sociais.

Lipovetsky (2004) refere-se ao atual momento como a “*sedutora leveza do ser*” e Bauman (2001) como o “*tempo instantâneo*”, no sentido de ausência e volatilidade de interesses. Se o início da modernidade foi o tempo dos engajamentos mútuos, a sociedade contemporânea pode ser considerada a era do enfraquecimento dos engajamentos coletivos. Em prol das condutas livremente escolhidas e assumidas pelos indivíduos, ruem-se as grandes narrativas, os discursos tradicionais. As ideologias políticas coletivas já não inflam multidões. Com uma visão talvez um pouco pessimista, Lipovetsky afirma que em vez da disciplina, do laicismo e da vanguarda, prevalecem atualmente o indivíduo, o consumo e o hedonismo.

Em uma sociedade capitalista e pós-industrial, essa nova forma de autoconstrução, de individualização personalista, com essa gama de ofertas a escolher para assim compor a existência individual, leva à radicalização de outro fenômeno: o consumo, que se tornou o principal vetor de construção da individualidade (BAUMAN, 2001; LIPOVETSKY, 2004).

Se o consumo é o meio de construção do *self*, a identidade se torna passageira, pois os produtos não são atemporais. Os produtos se alteram com as propagandas e com eles surge a necessidade de novos consumos e, conseqüentemente, a construção de novas identidades. É por meio da condição de posse de determinados objetos de consumo que uma identidade pode ser assumida ou não. Sem a obrigatoriedade da conduta com a comunidade, o indivíduo torna-se livre da tradição, mas agora preso às amarras da lógica capitalista contemporânea. Sua liberdade é novamente limitada, pois suas opções de construção de identidades individuais

dependem de recursos para o acesso ao consumo. É por isso que os recursos facilitam ou dificultam a sobrevivência no mundo contemporâneo (BAUMAN, 2001).

“Numa sociedade de consumo, compartilhar a dependência de consumidor – a dependência universal das compras – é a condição ‘sine qua non’ de toda liberdade; acima da liberdade de ser diferente, de ter identidade” (BAUMAN, 1998, p. 89).

Segundo a teoria de Bauman, a centralidade do consumo opera objetivação e instrumentalização das relações sociais, ou seja, o processo de consumo afeta as relações, que passam a ser reduzidas às relações de consumo. Amizade, namoro, casamento, família são afetados pela lógica do consumo como o ideal do agir na sociedade contemporânea. Tornam-se também objetos de consumo – são úteis enquanto satisfazem e dispensáveis quando não mais possuem utilidade. As relações sociais na sociedade contemporânea se constroem pela lógica do consumo, tornam-se voláteis, fluidas e fragilizam as redes que sustentavam a coesão social estabelecida nos moldes da primeira modernidade.

“O mundo construído de objetos duráveis foi substituído pelo de produtos disponíveis projetados para imediata obsolescência. Num mundo como esse, as identidades podem ser adotadas e descartadas como uma troca de roupa. O horror da nova situação é que todo diligente trabalho de construção pode mostrar-se inútil; e o fascínio da nova situação, por outro lado, se acha no fato de não estar comprometida por experiências passadas, de nunca ser irrevogavelmente anulada, sempre ‘mantendo as opções abertas’ ” (BAUMAN, 1998, p. 112-113).

Em seu livro “Modernidade Líquida”, Bauman (2001) afirmou que a sociedade saiu de um capitalismo pesado para um sistema capitalista fluido e leve. Tal capitalismo ativa, precisamente, o motor do consumo. No atual estágio do capitalismo, a relação mercadoria-consumo vem se transformando, pois, ao contrário do capitalismo pesado, em que a consigna era a acumulação de bens, na sociedade atual tem-se como mote a substituição do objeto consumido em uma temporalidade muito rápida. Esse fato é induzido pela intensidade das inovações tecnológicas. Diz o mesmo autor que, enquanto no capitalismo pesado, o modo de produzir esteve fortemente ancorado na concepção fordista de racionalidade hierárquica e tecnocrática, a atual configuração da sociedade está ligada às velocidades das mudanças situacionais, que aportam flexibilização e conduz a variadas formas de produção. De fato, a inovação está intrínseca a esse modo de produção e consumo, que é, também, incentivado por um marketing massivo e sedutor. Toda essa nova dinâmica atinge em cheio as relações de trabalho, tornando-as permanentemente instáveis.

Não obstante, independente da modalidade do capitalismo, ambos os modelos aprisionam o consumidor pelo desejo e geram o vazio na impossibilidade de preencher e saciar sua vontade. Em suma, o excesso e a falta tangenciam o capitalismo leve e pesado (BAUMAN, 2001).

Como se observa, para Bauman o consumo se torna, no atual momento, a base principal na qual o indivíduo constrói sua identidade. É por meio da incorporação simbólica absorvida pelo consumo que se criam diferentes formas de identidade e sentimentos. Tem-se hoje um vínculo entre a busca da felicidade e o consumo de mercadorias. Dessa forma, a busca frenética pela felicidade imposta pelas campanhas publicitárias impulsiona o descarte dos objetos assim que novos são lançados. O consumo transforma a identidade e a felicidade em objetos a serem adquiridos.

A angústia da liberdade de escolha cria no consumidor a sensação de estar sempre a se reinventar e a tecer sua própria história. No plano do inconsciente social, um objeto é ostentado como forma de integrar um indivíduo, que busca sair do anonimato e da impessoalidade para aderir à esfera da aceitação de um grupo ao qual deseja se inserir, ou seja, a busca do reconhecimento do outro (LIPOVETSKY, 2005).

A dissolução do sujeito pelas regras da lógica do consumo cria uma nova identidade pessoal do indivíduo, que encara o mercado como modelo de individualização e personalização. No entanto, e contraditoriamente, os limites desse modelo é logo percebido pelo indivíduo, pois os sentimentos construídos pelo consumo desses produtos “fluidos” destroem a autonomia desse mesmo indivíduo. A propósito, ao se referir a consumo, não estamos a falar aqui somente das chamadas mercadorias-objeto, mas também de atividades de trabalho, lazer etc.

“Estamos destinados a consumir cada vez mais objetos, informação, esportes, viagens, formação, relações, músicas e cuidados médicos. Isto é a sociedade pós-moderna: não além do consumismo, mas sim, na sua apoteose, na sua extensão até a esfera particular (...)” (LIPOVETSKY, 2005, p. 19).

Para Lipovetsky, o atual processo de individualização, que denominou de narcisista, carrega uma nova característica intrínseca, que é a personalização. Tudo é feito sob medida para o indivíduo, combinações de roupas, métodos de ensino, de atendimento, de tratamento médico, terapia psicanalítica etc. Tudo é personalizado e oferece a ideia de ser feito “sob medida”.

Segundo o autor, na ordem psicoterapêutica, surgem novas técnicas que “dão mais audácia ainda à personalização psicanalítica”, tais como as análises transacionais, grito primal e bioenergia, que permitem a liberação direta do sentimento, das emoções, da energia corporal. Nesse mesmo sentido, a medicina seguiu um caminho parecido com a disseminação da acupuntura, tratamentos naturais por meio de ervas, homeopatia, terapia holística. É a exploração mental/psíquica do corpo em ruptura com o diagnóstico puramente clínico. O corpo é biopsíquico-social. “O doente não deve mais aceitar seu estado passivamente, pois é o responsável pela sua saúde e pelos seus sistemas de defesa graças aos potenciais da autonomia psíquica” (LYPOVETSKY, 2005a, p. 5).

Em paralelo, os esportes e atividades ao ar livre vêm ganhando cada vez mais espaço, sobretudo os esportes individuais e “sob encomenda”, que podem ajudar a psicologizar o corpo e desenvolver uma consciência sobre si mesmo: yoga, pilates, alongamento, corridas, ginástica laboral, natação, caminhada e bicicleta.

“A cultura pós-moderna é a cultura do *feeling* e da emancipação individual estendida a todas as categorias de idade e de sexo. A educação, antes autoritária, tornou-se altamente permissiva, atenta aos desejos das crianças e dos adolescentes enquanto, por toda a parte, a onda hedonista elimina a culpa do tempo livre e encoraja a nossa entrega a ele sem entrave e o aumento da quantidade de lazer” (LYPOVETSKY, 2005a, p. 5).

Segundo com Lipovetsky, a sociedade atual, ao mesmo tempo em que apresenta uma tendência de redução do autoritarismo em apontar atitudes ao indivíduo, passa a privilegiar a diversidade no oferecimento de modos diferenciados de serviços nas diversas áreas das relações sociais e de estruturas familiares, como na moda, no turismo, nos estudos, em tratamentos de saúde e outros mais. Neste sentido, não se fala mais de homogeneização, mas na personalização das ofertas, tendo como objeto o indivíduo.

Da mesma forma que os indivíduos são plurais e distintos, tudo tem de parecer individualizado, distinto. O processo sistemático de personificação tem por finalidade “(...) multiplicar e diversificar a oferta, em oferecer mais para que você possa escolher melhor, em substituir a indução uniforme pela livre escolha, a homogeneidade pela pluralidade, a austeridade pela satisfação dos desejos” (LYPOVETSKY, 2005a, p. 3). Sua identidade não está mais definida pelo país de origem, gênero, família, idade, classe social e trabalho. Ela pode ser plural e se modificar a todo o momento segundo as escolhas feitas individualmente. Não é mais fixa e nem deve acompanhar o indivíduo por toda sua vida. “(...) surgem por

assim dizer módulos pré-fabricados de possibilidades combinatórias de natureza biográfica. Na transição da biografia padrão para a biografia eletiva” (BECK, 2011, p.199).

Em suma, o individualismo da sociedade contemporânea se diferencia do instituído pela sociedade moderna por não estar mais submisso às imposições e ordenamentos dos organismos ou instituições sociais. A valorização da noção de igualdade cedeu lugar à diferenciação, à liberdade de construção da identidade e à sobreposição do individual sobre o coletivo. Paradoxalmente, porém, a sociedade contemporânea tem criado novas formas de engessamento do indivíduo baseado no consumo. Tais transformações impactam as relações entre a sociedade e o Estado, bem como as instituições políticas modernas, impactos esses que serão objeto da explanação a seguir.

TRANSFORMAÇÕES SOCIOPOLÍTICAS

Posto o panorama de individualização e consumo, cabe agora analisar a crise da institucionalidade do Estado em decorrência dos impactos das transformações da própria sociedade contemporânea. Parte-se do pressuposto de que há uma tripla crise: 1) crise da soberania do Estado-Nação, em virtude da globalização; 2) crise da governabilidade, em consequência da dificuldade do Estado na resposta às demandas sociais; 3) crise institucional do Estado, como resultado da falta de identificação da sociedade com as instituições governamentais e a própria política representativa.

Esta análise está dividida em duas partes: a crise do Estado-Nação e as transformações na relação entre a sociedade e as instituições políticas, abarcando a segunda e a terceira crise do Estado-Nação.

Antes de ingressar nos motivos e consequências das crises e transformações do Estado na sociedade contemporânea, é necessário resgatar como a política e a institucionalidade do Estado se manifestaram no período que denominamos de primeira modernidade (que vai do início da Revolução Industrial até o declínio da ordem social socialista).

A ideia de política moderna tem como característica primordial o seu desenvolvimento em um espaço delimitado territorialmente, vale dizer, nos limites do próprio Estado-Nação.

A história da formação do Estado-Nação percorreu um longo período do processo histórico, carregado, muitas vezes, de violência. Passou pelo estabelecimento e consolidação

de uma autoridade central (o rei), em que os feudos a ela se submeteram, com a participação, embora algumas vezes contraditória, de uma organização supranacional, a Igreja. O resultado desse arranjo institucional, decorrente da imposição da autoridade central do monarca, liga-se, intimamente, à própria constituição do capitalismo. O poder central definiu o seu território (a Nação), que, por sua vez, deu identidade política aos habitantes desse território (Dallari, 2001).

Segundo Dallari, os conceitos inerentes ao Estado-Nação são: o território, o povo e a soberania. Território é a extensão necessária para o Estado localizar-se no espaço terrestre, marítimo e aéreo. **Povo** é o conjunto de indivíduos que integra o Estado por meio da vinculação jurídica e, assim, adquire a condição de cidadãos. É da intersecção dos conceitos de povo e território que surge a ideia de nação. Nação é a comunidade de base histórico-político-cultural que integra todos os indivíduos que nascem em certo ambiente cultural, com tradições e línguas comuns. Por fim, **soberania** está relacionada com a ideia de autoridade suprema. É o direito exclusivo de uma autoridade sobre um grupo de indivíduos. A soberania se manifesta, principalmente, pela constituição de um sistema de normas jurídicas (DALLARI, 2001; BOBBIO, 1999).

A soberania se manifesta, principalmente, pela constituição de um sistema de normas jurídicas, como explica Dallari,

“(...) tendo em conta a possibilidade e a conveniência de se acentuar o componente jurídico do Estado, sem perder de vista a presença necessária dos fatores não-jurídicos, parece-nos que se poderá conceituar o Estado como a ordem jurídica soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território. Nesse conceito se acham presentes todos os elementos que compõem o Estado, e só esses elementos. A noção de poder está implícita na de soberania, que, no entanto, é referida como característica da própria ordem jurídica. A politicidade do Estado é afirmada na referência expressa ao bem comum, com a vinculação deste a um certo povo e, finalmente, territorialidade, limitadora da ação jurídica e política do Estado, está presente na menção a determinado território”(Dallari, 2001, p. 45).

A respeito da relação Estado, direito, soberania e poder, Dallari afirma que o Estado deve procurar o máximo de juridicidade e que sem seu caráter de ordem jurídica, estão sintetizados os elementos componentes do Estado. Contudo, isso não é nada fácil, pois

“(...) enquanto sociedade política, voltada para fins políticos, o Estado participa da natureza política, que convive com a jurídica, influenciando-a e sendo por ela influenciada, devendo, portanto, exercer um poder político. Este é o aspecto mais difícil e mais fascinante do estudo do Estado, pois introduz o estudioso numa problemática extremamente rica, dinâmica e polêmica, onde se faz presente a busca

dos valores fundamentais do indivíduo, da sociedade e do Estado, a par da procura da organização mais eficaz para a promoção desses valores” (Dallari, 2001, p. 48).

Dallari aponta, ainda, um quarto elemento relativo à concepção do Estado, qual seja, suas funções e finalidades. Tal concepção diz respeito ao conteúdo relativo a toda atividade estatal, que determina a estrutura fundamental do Estado (burocracia e máquina pública) que, em síntese, organizam suas atividades por meio de regras racionais, gerais e abstratas, travestidas na Lei emanada do próprio Estado.

Os processos mais significativos na constituição do Estado-Nação foram: fronteiras territoriais, sistema uniforme de leis, mecanismos de elaboração e imposição das leis, centralização do poder administrativo, estabelecimento de impostos e gestão fiscal, criação de uma força armada nacional – exército e constituição de uma diplomacia para regular as relações entre os Estados. É formado por um aparato de instituições que exercem os poderes político, administrativo e normativo. A conformidade da sociedade moderna exigia, assim, um poder centralizado que concentrasse os instrumentos capazes de administrar os desafios e as exigências de uma economia capitalista. O Estado, por assim dizer, é uma manifestação moderna decorrente do processo de racionalização (WEBER, 1998; BOBBIO, 1987).

Podemos vislumbrar essas características a partir de teorias da soberania estatal em pensadores contratualistas, como Hobbes (1999), Locke (2006) e Rousseau (1999). Thomas Hobbes foi um dos primeiros teóricos a tratar da noção central de soberania de um Estado e das condições para o exercício legítimo sobre um território e uma população. Posteriormente, a ideia de soberania do Estado transformou-se em soberania popular com Locke e Rousseau, dos quais emerge a noção de que a fonte e a origem do poder político devem ser consentidas pelos cidadãos. E assim, gradativamente, expande-se a noção da democracia moderna, em que a origem da soberania do poder Estatal se dá pela vontade geral.

Apesar da relevância de tais autores para o pensamento moderno, aqui nos deteremos em dois outros, que permearam as teorias sociológicas e políticas no século XX e foram de alguma forma influenciados pelos anteriores; são as teorias de Max Weber e Antônio Gramsci.

Weber (1998) identifica como característica do Estado moderno a dominação racional, baseada na crença da legalidade das ordenações, fundada em regras racionalmente criadas - as leis. O Estado moderno seria, portanto, uma instituição racional que agiria por meio de uma administração estabelecida por meio da burocracia e de uma concepção jurídica,

nas quais a administração deve ser pautada. Segundo esse raciocínio, o Estado moderno abrange atributos da força física, da noção de território e da burocracia.

No que concerne ao exercício do monopólio da coação física legitimada, o Estado moderno é “uma relação de domínio de homens sobre homens, baseada no instrumento de força legítima (quer dizer, considerada legítima). O Estado só pode existir, portanto, sob a condição de que os dominados se submetam à autoridade continuamente reivindicada pelos que dominam” (WEBER, 1996, p. 56 *apud* NOGUEIRA, 2013, p. 337).

Com relação ao território, é ele que estabelece os limites do exercício da coação física. A atividade política é definida pelo fato de se desenrolar no território delimitado. É, portanto, necessário que as fronteiras sejam fixadas e que se delimite um agrupamento, criando uma separação entre o interior e o exterior. Os que estão no interior, os cidadãos, adotam um comportamento orientado segundo o território e a comunidade correspondente, e têm suas atividades e os limites de sua liberdade condicionados pela autoridade encarregada da ordem, o Estado (WEBER, 1998).

Constitui ainda característica do Estado moderno a burocracia, os funcionários do Estado que pautam suas atividades segundo regras racionais, gerais e abstratas: a lei emanada do próprio Estado, sendo, portanto, uma atividade impessoal e vinculada. Isso quer dizer que a necessidade de racionalização faria com que o Estado se legitimasse e crescesse com uma burocracia capaz de incrementar o poder político mediante rotinas técnicas, administrativas e legais. É a própria capacidade de organização da máquina administrativa do Estado moderno (WEBER, 1998).

Gramsci (1968), por sua vez, foi um pensador que rompeu com a tradição jusnaturalista ao pressupor a existência de formas de associação que antecedem o Estado, que correspondem à sociedade civil. Ele não abandona a dicotomia estrutura/superestrutura pela sociedade civil/Estado, mas também não desenvolve sua teoria com base no determinismo econômico de Marx, envolvido na primeira dicotomia. De acordo, com Carnoy (1988), a distinção entre Gramsci e Marx, é que na é que, na concepção marxista, a sociedade civil é estrutura, ou seja, representa as relações de produção. Na concepção gramsciana, ela é superestrutura, isto é, corresponde as relações de produção. No que concerne a concepção gramsciana, ela corresponde aos fatores ativo e positivo no desenvolvimento histórico, ou

seja, é superestrutura. Nesse sentido, para Gramsci, a sociedade civil é o complexo das relações ideológicas, culturais e intelectual.

Segundo Gramsci (1968), a superestrutura conta com dois níveis, a sociedade política e a civil, sendo a primeira o conjunto de mecanismos por meio dos quais a classe dominante dispõem o monopólio da violência (burocracias e Forças Armadas), e a segunda, o conjunto de organizações públicas e privadas responsáveis por elaborar e difundir as ideologias. É nesse sentido que o pensador amplia o conceito de Estado ao afirmar que “na noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção)” (GRAMSCI, 1968, p.149).

O Estado é assim definido como “todo o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente a sua dominação, mas também consegue obter o consenso ativo dos governados” (GRAMSCI, 1976, p. 87).

Posto esse rápido panorama da construção teórica do Estado Moderno, cabe agora analisar as transformações pelas quais ele tem passado na sociedade contemporânea.

Como já citado na primeira parte deste capítulo, a política, na primeira modernidade, é centrada no Estado, ou seja, é dentro dos limites do Estado-Nação que ela se manifesta. Essa é uma das características que mais sofrerá alteração com as transformações da sociedade contemporânea, visto que essa ideia de fronteira traz o processo conhecido por desterritorialização.

A manifestação mais eloquente da desterritorialização é o fenômeno da globalização que Giddens (1991, p. 69) define como “a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que os acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa”.

Com o fenômeno da globalização, na segunda metade do século XX, o Estado-Nação passa a sofrer a competição de instituições supranacionais de poder. Na globalização, segundo Giddens (1997), os laços se estendem muito além das fronteiras tradicionais das comunidades e das nações, levando em si um novo sentido de organização social e política. Dessa forma, as relações sociais ultrapassam os contextos locais de interação e são reorganizadas em outra

magnitude de tempo e espaço. A história, a cultura, as relações, as vivências individuais e coletivas são modificadas cotidianamente. Tudo é transformado pela velocidade eletrônica, imprimindo novos ritmos à sociedade em rede (CASTELLS, 1999a).

A vida das nações, empresas, instituições e partidos se torna, de modo geral, organizada segundo padrões universais de eficácia, lucro e produtividade. Essa razão instrumental começa a ordenar tempo e espaço, o modo de consumo, de pensar e agir. Consequentemente, as identidades culturais pré-modernas acabam enfraquecendo. Simulacros, virtualidades e imagens passam a desempenhar papel importante na vida social, na medida em que aceleram a racionalização das organizações e atividades baseadas na técnica, na eletrônica e na informática (IANNI, 2003).

Dessa forma, assistimos ao enfraquecimento de fronteiras, ao surgimento de capital volátil e até mesmo ao afrouxamento do poder soberano do Estado-Nação que, assim, tem vivido uma crise de legitimidade tanto de suas instituições como de seus representantes, pois, confrontado com fluxos globais de capitais, de produção, de comércio, de informação e de gestão, foi perdendo parte de seu poder. O Estado tem passado pelo desafio de aprender a navegar em fluxos globais, bem como a ressignificar seu poder de soberano em termos de governo ante a sociedade, modelo que esteve na base de sua formação.

“(...) os quadros mentais de referência, fortemente enraizados na hipótese da sociedade nacional, do Estado-Nação, adquirem outras possibilidades de expressão. Rompem-se os significados dos conceitos, categorias, leis e interpretações codificados nas noções de sociedade civil, Estado Nacional, povo, cidadão, classe social, grupos étnicos, movimento social, partido político, corrente de opinião pública, diversidade, desigualdades, antagonismos” (IANNI, 1997, p. 105).

A luta política na modernidade tinha como palco e objetivo a conquista e a manutenção do poder estatal, visando o bem comum e um interesse geral. Já na sociedade contemporânea, a partir da intensificação do processo de individualização, o jogo político ocorre na arena da sociedade civil. Aqui tem como proposta a conquista de finalidades grupais ou segmentares, pois seus fins visam a interesses micros e individuais.

Segundo Rouanet (1992, p. 237),

“assim como não há mais atores políticos universais – grandes partidos agregando um leque amplo de interesses e posições –, não há mais um ‘poder’ central localizado no Estado, mas um poder difuso, estendendo sua rede capilar por toda a sociedade civil – as ‘disciplinas’ de Foucault. Políticas segmentares, exercidas por grupos particulares, política

micrológica, destinada a combater o poder instalado nos interstícios mais imperceptíveis da vida cotidiana, estamos longe da política moderna, em que o jogo político se dava através de partidos, segundo os mecanismos da democracia representativa”.

Os cidadãos, como sujeitos coletivos, pulverizaram-se em suas características individuais, restringindo-se às suas particularidades de mulher, negro, judeu, homossexual etc. Consequentemente, a política universalista/genérica passa a não ser mais efetiva ou mesmo legitimada por seus públicos-alvo. O cidadão exige, assim, políticas específicas, inscritas nos campos setoriais da diversidade existente na sociedade.

Pode-se aferir que, em meio a essas grandes transformações, a política institucional e as administrações públicas também sofrem impactos. Apesar de elas ainda estarem ancoradas na lógica do território e da soberania, constituídas na modernidade, é nítido que se torna cada vez mais árduo o Estado responder à sociedade com base nessa lógica, o que demonstra um descompasso das instituições públicas com as transformações sociais. *“El mercado y el poder económico subyacente se han globalizado, mientras las instituciones políticas, y el poder que de ellas emana, siguen en buena parte anclados al territorio”* (SUBIRATS, 2012, p. 2).

Se o projeto moderno aspirava a uma sociedade planejada e administrada de forma científica, para a definição de uma política pública, acreditava-se que o conhecimento produzido pela ciência seria garantia de sucesso. Hoje, sabe-se que esse projeto moderno não atingiu seu objetivo e têm-se a certeza de que a ciência não é um saber positivo e neutro. Sabe-se também que, para elaborar uma política pública, como um programa de saúde, os atores responsáveis por sua elaboração e execução devem contemplar um conjunto de aspectos alheios à ciência, mas que interferem no alcance de suas metas. São aspectos ideológicos, políticos, culturais, institucionais, éticos. Ademais devem-se contemplar todos os atores envolvidos na política e o próprio público-alvo. O Estado já não pode mais elaborar e executar sozinho a política pública, nem elaborá-la de forma homogênea, sem considerar as distinções existentes na sociedade.

Para Subirats (2012), a lógica hierárquica formal não serve mais para fundamentar o processo de decisão pública que cada vez mais se encontra baseado na lógica de interdependência e relacional.

“Se ha ido poniendo de relieve que el Estado no es ya la representación democrática única e indiscutida de un conjunto de individuos, sino un simple actor a más en el escenario social. Un actor a más, y muchas veces, no el más fuerte, en la dinámica del mercado global. Un actor que resulta

cada vez más condicionado y limitado en su capacidad de acción por la creciente colusión de sus políticas con los intereses privados” (Iden, p. 3).

Argumenta-se, pois, que a sociedade industrial moderna vem-se desestabilizando em sua própria concretização, tornando-se cada vez mais complexa e abrangendo as tendências particulares do mundo pós-industrial: desvalorização da política e crise do Estado como instância de coordenação e planejamento, fragmentação e diversificação dos interesses e crescimento do individualismo (NOGUEIRA, 2001).

Em relação à política, essa crise se reflete com o esvaziamento das instituições democráticas e um comportamento autoritário e tecnocrata dos poderes executivos. É visível hoje a inabilidade dos partidos políticos e do próprio Estado em lidar com a dinâmica social, com situações complexas e diferenciadas que se modificam rapidamente e exigem não só maior rapidez nas respostas, como também a participação mais efetiva dos atores sociais, sem ser pelas vias institucionais existentes (por exemplo, os conselhos, que se tornam instâncias cooptadas pela burocracia administrativa).

Basicamente, podemos citar dois fenômenos que dificultam a resposta do Estado às demandas sociais, bem como a falta de identificação da sociedade com as instituições governamentais e a própria política representativa: o pluralismo social, que traz em sua essência o direito de ser diferente (consequência do fenômeno do individualismo), e a emergência de um novo tempo/espço tecnológico.

Com relação ao primeiro, o pluralismo basicamente afeta a política em dois quesitos, a necessidade por políticas específicas, e não mais homogêneas, e a demanda por mais direitos e reconhecimentos individuais. Como pontua Carvalho (2009), nessa tendência ideológica e nesse momento histórico, o direito ao consumo desponta como o pilar da sociedade contemporânea. O novo cidadão desponta como consumidor de direitos, de reconhecimento, de mercadorias, de cultura, de identidades, de saúde. Dessa maneira, podemos aproximar o discurso de Carvalho ao de Bauman (1999a) e Lipovetsky (2005) à multiplicidade dos direitos individuais. A sociedade contemporânea é caracterizada pela tendência a aumentar a oportunidade das escolhas individuais de tal maneira que os cidadãos pulverizam-se em suas características individuais e demandando, assim, cada vez mais direitos específicos relacionados a sua individualidade.

Na sociedade contemporânea, assim, devido ao pluralismo social existente, há uma imensa luta por novos direitos e novos reconhecimentos identitários. Há um aumento e uma

diversificação de demandas individuais e minoritárias – as exigências tornam-se mais difíceis de serem atendidas. O Estado-Nação, que desde seu nascimento esteve acostumado a administrar o coletivo e a produzir políticas homogêneas, vê-se na encruzilhada de conseguir administrar direitos e demandas individuais.

As mudanças ocorridas no padrão da demanda são um indício forte de que a dinâmica dos processos políticos tornou-se mais rica e complexa. São demandas pelo direito ao casamento homoafetivo, por tratamentos de saúde específicos, por adoção de filhos, pela escolha de determinado serviço de saúde – um hospital, por exemplo –, pelo transporte, pela educação, por terapia, por praticar esporte etc. São demandas individualizadas ou de grupos específicos. Não são mais estritamente de uma classe.

Os interesses, as exigências e as reivindicações fragmentaram-se, sobrecarregando os processos e procedimentos da representação e da decisão política. O jogo político é hoje segmentar, exercido de formas particulares e muito distinto da política moderna em que os jogos políticos se davam por meio dos partidos, segundo os mecanismos da democracia representativa.

Os partidos políticos não representam mais as identidades, pois essas, na sociedade contemporânea, são individuais, são micrológicas. Não são mais as classes, mas sim os elementos que constituem suas particularidades: a de ser mulher, negro, homossexual, judeu. A sociedade civil se fragmentou em grupos identitários e, portanto, suas demandas são individuais.

O movimento de individualização que se alastra no Ocidente desde a segunda metade do século 20 é um elemento paradoxal emergido dentro da própria sociedade capitalista industrial, que vem gestando uma nova forma de sociabilidade e apresentando um desafio para as próprias instituições políticas que não conseguem compreendê-lo.

“A cultura pós-moderna representa o pólo ‘supernatural’ de uma sociedade que está saindo de um tipo de organização uniforme, administrativa e que, ao fazê-lo, enfraquece os últimos valores modernos, reergue o passado e a tradição, torna a valorizar o lugar e a vida simples, dilui a preeminência da centralização, dissemina os critérios do verdadeiro e da arte, legitima a afirmação da identidade pessoal de acordo com os valores de uma sociedade personalizada na qual o importante é ser a própria pessoa e onde, por conseguinte, qualquer coisa tem direito de cidadania e de reconhecimento social, onde nada mais deve ser exigido imperiosa e duravelmente, onde todas as opções, todos os níveis podem conviver sem contradição nem rejeição” (LYPOVETSKY, 2005a: 20).

O questionamento da tradição, o hiperindividualismo e a instabilidade das normas de socialização colocam em risco a coesão social contemporânea e o desengajamento político? Não. É curioso notar que o individualismo não elimina a participação coletiva, somente altera a forma pela qual ela ocorre. O engajamento coletivo contemporâneo se dá pela lógica individualista.

Muitas vezes os interesses individuais prevalecem sobre os sociais, a autonomia individual sobre a ortodoxia doutrinal, a participação livre sobre a coletividade, a ação direta sobre a representatividade. O esvaziamento dos grandes movimentos sociais e o enfraquecimento da credibilidade dos partidos políticos como instituições detentoras de conferir grandes perspectivas são sintomas das características dos novos paradigmas contemporâneos.

Lipovetsky considera que o advento da sociedade hiperindividualista não põe fim às lutas sociais, pois em meio ao individualismo surgem variadas formas de engajamento em ações coletivas, com as quais os indivíduos podem se envolver livremente, sem se submeter a qualquer instância superior. A existência de autonomia privada se reencontra nas ações coletivas, independentemente das organizações políticas e sindicais. Mobilizações, muitas vezes aparentemente despolitizadas, desideologizadas e dessindicalizadas, aparecem por toda parte, sustentadas pelas reivindicações individualistas de melhoria das condições de trabalho, transporte, poder de consumo etc.

Para Lipovetsky, o predomínio do “ego” avança sobre o terreno das ações coletivas em proveito dos próprios indivíduos. Tais avanços ocorrem nas mais diversas dimensões (política, econômica, cultural etc), afastando-as das utopias modernas e as aproximando dos interesses particulares. “(...) embora o sacerdócio do dever e os tabus vitorianos tenham caducado, nascem novas regulações, reconstituem-se proibições, restauram-se valores” (LIPOVETSKY, 2004, p. 38). A sociedade civil imprime uma nova ordem, ainda difícil de compreender se a olharmos com base nos paradigmas modernos, ou sólidos, como denomina Bauman.

Na análise de Lipovetsky (2005b), em *A sociedade pós-moralista*, é preciso entender o que está no centro das motivações individuais quanto a ações e ajustamentos específicos em prol de soluções práticas para problemas como a miséria, fome, epidemias e meio ambiente, dentre outros, pois são questões que refletem preocupações de fundo com as grandes falhas do

projeto moderno relegadas para a sociedade atual. Não que tais engajamentos não sejam verdadeiros, mas, para o autor, são iniciativas que se fazem com um inconsciente particular de alívio e de conforto social ante tais ações ou mesmo meios pelos quais aspiram a projetos individuais.

Na sociedade contemporânea, não há nada que provoque um sentimento de obrigatoriedade para o indivíduo. Não detêm a religião ou mesmo as instituições sociais a competência de motivar do indivíduo quanto a uma suposta responsabilidade com o coletivo. É essa falta de obrigatoriedade que define, para Lipovetsky, o hiperindivíduo na sociedade contemporânea.

Cabe agora analisar o segundo fenômeno que dificulta a resposta do Estado às demandas sociais, bem como a falta de identificação da sociedade com as instituições governamentais e a própria política representativa, que é a emergência de um novo tempo/espço tecnológico.

O atual momento histórico, segundo Castells (1999a), é marcado pela Revolução Informacional e Tecnológica, que tem como característica as grandes redes comunicacionais. De acordo com o autor, vivemos em uma era em que a comunicação superou as barreiras impostas pelas distâncias físicas, em que a internet e a sociedade em rede têm permitido a troca de informações de forma instantânea. Formam-se redes independentes de instâncias do mercado ou do governo, o que permite a emergência do que Castells denominou de “comunicação de massa autocomandada”. É comunicação de massa por estar disponível em toda internet e autocomandada por poder ser iniciada por qualquer indivíduo com acesso à rede.

Castells (1999a, p. 24) afirma que “uma vez que a política é largamente dependente do espaço público da comunicação em sociedade, o processo político é transformado em função das condições da cultura da virtualidade real. As opiniões políticas e o comportamento político são formados no espaço da comunicação”. A análise de Castells (1999a) permite afirmar que a atual participação da sociedade civil na política atrelou-se às novas tecnologias de comunicação e informação. Dessa ótica, a participação se dá pela interatividade no ciberespaço, que garante a transcendência virtual dos aspectos territoriais e culturais locais. Nesse sentido, é necessário destacar o impacto político do aparecimento da Internet, que, ao

descentralizar os sistemas de comunicação, fez do indivíduo não somente um consumidor, mas também um produtor de informação e controlador do seu meio de comunicação.

A internet se converteu em um novo espaço, não mais territorial, de expressão política. Por meio das comunidades virtuais, blogs etc, novas formas de participação e de fazer política emergiram sem ocorrer pelos meios/espços institucionais tradicionalmente instituídos pelo Estado. Tal fenômeno faz com que a sociedade civil não se identifique mais com esses meios/espços tradicionais de participação da vida pública, e a atual política representativa tem sua operacionalidade reduzida. Há, portanto, um descompasso entre as instituições políticas democráticas e a própria forma de fazer política na sociedade contemporânea. É precisamente por isso que a participação política contemporânea não se esgota mais no direito ao voto e em outros direitos formais garantidos por via externa. Este tipo de participação se dava na cidadania moderna, tradicional, quando era o Estado o mediador de seu exercício. Neste contexto, as formas de participação se dão livres de determinadas amarras do Estado mediador, tornando o exercício da cidadania mais ampliada e direto.

Ademais, a tecnologia da informação trouxe o imediatismo, a velocidade, encurtou o tempo e o espaço. A sociedade é a do hoje, do agora. Já o tempo da política e da administração pública é outro, mais lento e burocrático. A burocracia leva a um engessamento da máquina pública e a uma demora em responder à demanda social, resultando em um descrédito por parte da sociedade.

Conclui-se, portanto, que as instituições e práticas típicas do Estado-Nação são correspondentemente debilitadas. Observa-se que a democracia representativa e as formas institucionais de representação cedem lugar à participação ativa e direta na internet e aos grupos sociais minoritários e diversos. Também tomam formas mais pluralizadas as identidades coletivas de classe, assim como os aspectos culturais e a própria identidade nacional cedeu lugar a cultura minoritária. A característica da sociedade atual está mais centrada na pluralidade e diversidade dos grupos multiculturais, fazendo sobressair a diferença e não mais a identificação coletiva de classe, mas a diversidade. Isto faz com que a identidade se torne, situacionalmente, fluida e cambiante a cada instante.

Como consequência desse processo de individualização, a relação entre o indivíduo e o Poder Público passa a sofrer mutações, o que deflagra novas conformações ao que

tradicionalmente se entende como relação do Estado com seus cidadãos e, conseqüentemente, a atender a suas necessidades. E é desse conceito que trataremos no próximo capítulo deste livro.

CAPÍTULO 2: OS CONCEITOS DE CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL

Analisaremos, neste capítulo, o conceito de cidadania e inclusão social. O objetivo foi o de construir um alinhamento conceitual que serviu de base para a análise do material empírico. Para esse fim, o texto foi estruturado em duas partes complementares: definição do conceito de cidadania seguido do conceito de inclusão social. Em ambas as partes há um subitem onde se analisou como tais conceitos são compreendidos e exercidos na sociedade contemporânea.

2.1 CIDADANIA

No Dicionário de Políticas Públicas, o verbete Cidadania/Cidadão, de Ferreira e Fernandes (2013, p. 145) está afirmado que “(...) os termos cidadão e cidadania geralmente remetem ao indivíduo pertencente a uma comunidade e portador de um conjunto de direitos e deveres”. Os autores deixam claro que tal definição é genérica e levantam várias questões: “que direitos são esses? Eles mudam ao longo da história? Em que âmbito são exercidos?” Tais perguntas podem ser respondidas ao pontuarmos que partimos aqui do pressuposto de que cidadania é um conceito, um exercício e um *status* construído socialmente, e que assume inúmeras formas, a depender de diferentes contextos sociais. Por ser um conceito historicamente situado, só pode ser compreendido com uma análise do contexto social e político de sua época.

A palavra cidadão vem do latim *civitas*. O conceito remonta à Antiguidade e na civilização grega adquiriu os significados de liberdade, igualdade e virtudes republicanas. Em *A Política*, Aristóteles define o que é ser cidadão e quem poderia usufruir desse *status*. Ser cidadão significava ser titular de um poder público e participar das decisões coletivas da *polis* (cidade). Já com relação à segunda questão, o *status* de cidadão limitava-se a um pequeno grupo de homens livres, excluindo assim as mulheres, os escravos e os estrangeiros. Apesar de altamente exclusiva, a cidadania clássica, segundo Aristóteles, legou-nos uma dimensão política que atravessa todos os aspectos de vida na *polis*. Cidadão “é o homem que partilha os privilégios da cidade” (1973, p. 88), ou seja, é um indivíduo que participa ativamente das decisões e da vida política da *polis*. Essa era a concepção de uma cidadania ativa, embora seu exercício estivesse vinculado à condição de ser um homem livre.

Na passagem da Idade Média para a modernidade, a ideia de cidadania adquire fundamentos filosóficos modernos, especialmente os elaborados pela escola teórica conhecida como contratualista. É a partir de tais teóricos que a ideia de um contrato firmado pelos cidadãos com o Estado e a noção de “direitos dos homens” adquirem relevância explicativa na formação do Estado-Nação.

Após a Revolução Francesa, a promulgação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão traz uma dupla perspectiva, a de que os direitos são dos homens e dos cidadãos que vivem no seio de um Estado, e é esse Estado que deve garantir a fruição daqueles direitos. De acordo com Bobbio (2004), a luta pela liberdade no contexto do Estado Absolutista francês marca a emergência do conceito de cidadania moderna, que ganha a perspectiva liberal ao ser associada à ideia de liberdade contra o poder, o que a diferencia da liberdade na Grécia Antiga, em que era associada à liberdade de participação no poder.

A cidadania moderna diz respeito ao direito da fruição do mundo privado, por meio da garantia da liberdade individual e da possibilidade de delegar sua participação na política a um terceiro por meio de seu voto no pleito eleitoral. Essa é a diferença que Constant (1985) apresenta como a distinção da liberdade dos antigos em comparação aos modernos. Dessa perspectiva, a primeira tem como paradigma a república e a segunda a tradição liberal.

No paradigma moderno de Thomas Marshall (1967), cidadania é a capacidade atribuída a um sujeito de ter determinados direitos políticos, sociais e civis, bem como poder exercê-los no interior de um Estado-nação. Nesse sentido, a cidadania tem seu território definido nas dimensões do Estado nacional e, assim, o cidadão é o indivíduo que tem um vínculo jurídico com o Estado, sendo portador de direitos e deveres fixados por determinada estrutura legal (Constituição e leis). Cidadão, por sua vez, é a pertença de um indivíduo a um Estado-Nação, com direitos e obrigações em um específico nível de igualdade. Assim, cabe ressaltar que o princípio de igualdade está presente no conceito de cidadania, visto que é entendido como a condição que garante aos indivíduos, membros plenos de uma comunidade, iguais direitos e deveres, liberdades e restrições.

Marshall elaborou uma teoria sobre o conceito de cidadania centrado nos acontecimentos britânicos de sua época. O autor definiu a cidadania moderna como “um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao Estado”. O

autor identificou três gerações de direitos no processo de expansão da cidadania: civis, políticos e sociais. Na primeira, no século 18, a cidadania era associada à liberdade individual, ou seja, ao direito de ir e vir, de liberdade de consciência e expressão. A segunda, no século 19, agrega o exercício de participação política, direito ao voto e de ser eleito. A terceira, no século 20, associa às anteriores os direitos que asseguram a possibilidade de condições adequadas de vida – moradia, trabalho, saúde e educação.

Segundo Bobbio (2004, p. 61), cada geração de direito expressa por Marshall corresponde a uma concepção de liberdade: “os direitos civis reservam ao indivíduo uma esfera de liberdade em relação ao estado; os direitos políticos lhe garantem a liberdade no Estado; e os direitos sociais significam liberdade através ou por meio do Estado”. Tal concepção se aproxima dos princípios liberais de cidadania, que buscam preservar as liberdades individuais do cidadão. Essa visão ainda permanece viva para muitos teóricos contemporâneos.

Inserida no paradigma liberal, Benevides (1994, p. 94) afirma que a “cidadania corresponde ao conjunto de liberdades individuais – os chamados direitos civis de locomoção, pensamento, expressão, integridade física, associação etc”. Em contrapartida, Marilena Chauí (1984) define cidadania pelos princípios da democracia, significando conquista e consolidação social e política. Isso quer dizer que a cidadania tem sido um conceito que reivindica a democracia e está associado ao reconhecimento do outro (ou a sua exclusão e o seu não reconhecimento), bem como conceito atrelado ao discurso dos direitos civis e políticos. A cidadania, nesse contexto, está associada à atuação civil e política no seio de uma sociedade democrática. Dessa forma, a cidadania exige constituições de espaços sociais de lutas (movimentos sociais, sindicatos, etc.).

Hannah Arendt (1989; 2011), por sua vez, afirma que o ser cidadão implica em ser membro de uma comunidade e possuir o “direito de ter direitos”, sendo o primeiro direito o pertencimento a uma comunidade política; já o segundo condiz ao conceito jurídico-legal e traz a noção de ação do indivíduo segundo as leis. Ser membro da comunidade significa poder ter uma participação ativa nos espaços públicos. A compreensão da autora está estritamente vinculada à ideia de pertencimento a um Estado-Nação, noção que será aprofundada mais adiante.

Como pode ser percebido, não é fácil definir o conceito de cidadania. São múltiplas suas variáveis constitutivas e as possíveis interpretações segundo seu contexto social e político. Dessa forma, apresentaremos a seguir a definição proposta de cidadania.

SOBRE O CONCEITO DE CIDADANIA E SEU EXERCÍCIO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Como já exposto, são muitos os componentes que fazem parte do conceito de cidadania. Mas como defini-la?

Cidadania é o *status* daqueles que são membros de uma comunidade e são por ela reconhecidos. É um conjunto de direitos e deveres que um indivíduo tem diante da sociedade da qual faz parte. Historicamente e genericamente, a cidadania tem uma referência espacial, constituída da relação do indivíduo com um dado território (organização sociopolítica do espaço).

Assim, cidadania é uma noção construída socialmente e ganha sentido nas experiências sociais e individuais; por isso, será aqui compreendida com uma **identidade social política**. Ora, se identidade pessoal/individual é o conjunto das características e dos traços próprios de um indivíduo, a identidade social são as características que a identifica perante as demais comunidades; é, em certa medida, a consciência de pertencer a algo maior, a um coletivo, a uma sociedade.

Os traços de uma identidade social política caracterizam uma dada coletividade perante as demais. É o conjunto dessas características sociais que orienta a interação dos membros dessa sociedade com as demais sociedades, bem como as diferencia das outras: são as características culturais, linguísticas, religiosas, musicais, culinárias, dentre outras, que representam os hábitos de uma comunidade.

A identidade social é política porque está vinculada ao pertencimento a uma comunidade política, formada/expressa por um Estado-Nação, com bases legais próprias que regulam a interação do cidadão perante seu Estado e com os demais membros da comunidade. É daí que vem a ideia de direitos e deveres do cidadão. Dessa forma, a cidadania, nesta pesquisa, é compreendida como identidade social e política também por partir do princípio

que o conjunto de práticas políticas, econômicas, jurídicas e culturais define o indivíduo como membro de uma comunidade.

Dessa perspectiva, a concepção de cidadania como identidade social política é constituída por alguns elementos: a) pelos vínculos de pertencimentos; b) pela participação política/coletiva; c) pela consciência de ser portador de direitos e deveres.

a. Vínculo de pertencimento

É o conceito de Estado-Nação que se configura como central na definição de uma identidade nacional, de pertencimento coletivo e de inclusão em determinada comunidade política. Por sua vez, o que faz o liame para articular este espaço de Estado-Nação é a consolidação de uma cultura nacional homogênea que congrega e solidifica o sentimento de pertença. A consolidação dessa cultura nacional depende da idealização e do reconhecimento de fatos, lendas, tradições e costumes, mitologias diversas a respeito do passado, ocorridos ou concebidos no território delimitado e ocupado por essa sociedade. Em síntese, a identidade nacional é uma criação coletiva que dá sustentabilidade, organicidade e durabilidade a ideia do Estado-Nação.

A expressão nação, anteriormente era utilizada para se referir a uma comunidade formada por indivíduos com ascendência comum, passou a compreendida como uma instituição politicamente integrada sob a forma da organização estatal, criando, assim, uma forte relação entre cidadania e identidade. Segundo Habermas (1994), o nacionalismo teve forte influência não negligenciável na criação das condições que permitiram o estabelecimento da cidadania.

É nesse sentido que Santos (1993), em consonância com Habermas, sugere que, naquilo que se refere à definição das culturas nacionais, o papel do Estado é dúplice: por um lado, diferencia a cultura do território nacional em face do exterior; por outro lado, promove a homogeneidade cultural no interior do território nacional. As nações modernas procuravam homogeneizar culturalmente seus cidadãos, promovendo sua unificação linguística, religiosa e de costumes, e criavam direitos exclusivos, símbolos e rituais que os identificavam como membros de uma só nação. O Estado-Nação, portanto, pode ser entendido como uma entidade cultural e política que promove sentido à identidade nacional.

Assim, no sentido mais estreito e de acordo com o senso comum, cidadania se reduziria à nacionalidade, isto é, a uma filiação formal de indivíduos aos Estados-nacionais. Essa concepção estaria relacionada ao sentimento de lealdade perante um grupo, uma comunidade, a sociedade civil, o Estado, o que faz com que a cidadania esteja associada a uma identificação subjetiva e a um sentimento de pertença a uma dada sociedade. Assim, a cidadania é uma forma institucionalizada de afiliação e constitui uma expressão de pertença plena e formal. Engloba uma série de transações recíprocas que tecem laços entre o cidadão – indivíduo – e o Estado, e é a percepção de pertencimento a um Estado, legitimada pelo reconhecimento público desses laços, que confere a identidade de cidadão.

A visão de Arendt (1989) reforça a importância desta dimensão no conceito de cidadania. A autora afirma que o não pertencimento a uma comunidade acarretaria a ausência de um status político de um indivíduo e, portanto, na privação dos direitos assegurados por um Estado, denominados pela autora como os *apátridas* – os povos sem Estado. Tais indivíduos, ao terem sua nacionalidade negada, deixam de ser reconhecidos como integrantes do Estado-Nação e chegando até mesmo a não serem integrantes do mundo, visto que não possuem vínculos com nenhuma comunidade política, que são os casos dos judeus alemães na Segunda Guerra Mundial. “(...) não dispunham de governos que os representassem e protegessem e, por isso, eram forçados a viver ou sob as leis de exceção dos Tratados das Minorias (...) ou sob condições de absoluta ausência de lei” (ARENDT, 1989, p. 302). O significado de cidadania para a autora, está desta maneira, intrinsecamente vinculado ao seu pertencimento a uma comunidade, isto é, a um Estado-Nação.

Todavia, no contexto de uma cultura global, cenário da sociedade contemporânea, deve-se encarar que a multiplicidade de culturas e de formações identitárias, dificilmente enquadráveis no seio de uma cultura uniforme, enfraquece a identidade nacional criada pelo Estado-Nação. Além disso, como afirmado no capítulo anterior, o atual processo de desterritorialização, como consequência do fenômeno de globalização, vem enfraquecendo a soberania do Estado-Nação e este se vê no desafio de se adequar a uma realidade multicultural e global.

Pode ser argumentado que, frente à análise de uma sociedade globalizada, há correntes teóricas que afirmam a desvinculação entre cidadania e nacionalidade, utilizando como exemplo o caso da União Europeia (VIEIRA, 2013; CASTELLS; 2000). Logicamente, a instauração da EU conferiu novos direitos e status legal aos indivíduos que fazem parte dos

países que a compõem, que são considerados ‘cidadãos da União Europeia’. Entretanto, para que se possa fazer parte da comunidade da União Europeia é necessário primeiramente ser cidadão de um Estado-Nação que a compõem, o que reforça a importância do vínculo de pertencimento mesmo neste contexto.

Compartilhamos, no entanto, a compreensão que, a despeito do enfraquecimento do Estado-Nação frente à globalização, a noção de identidade nacional continua presente. Podemos citar como exemplo as necessidades de vistos de estudantes/turismo/trabalho, seja nos pedidos de dupla/tripla cidadania, seja nos pedidos de asilos de refugiados. Esta identidade nacional, pode não estar baseada na identidade cultural – noção moderna de nacionalidade –, mas sim no vínculo jurídico com o Estado-Nação.

Nesse sentido, a cidadania ainda pode ser pensada como um instrumento institucional através do qual os Estados incluem ou excluem os indivíduos que desejam/almejam participar de determinada comunidade nacional. Se por um lado a cidadania gera um vínculo e um sentimento comum de pertença a uma comunidade política, por outro, sua falta acarreta inúmeras dificuldades para aqueles que não são considerados cidadãos, como os imigrantes ilegais que sofrem o preconceito, a dificuldade de locomoção territorial, assim como a falta de acesso aos direitos. Aqui podemos também citar os casos dessa verdadeira transumância humana da atualidade, uma verdadeira catástrofe a afligir hoje a Humanidade – constituída pelas recentes levadas de refugiados, seja por razões de pobreza, seja da fuga de conflitos bélicos do Oriente Médio, seja da busca por melhores condições de vida, como acontece com os haitianos na América Latina, os sírios e aqueles que se deslocam do Norte da África em direção a civilizada Europa.

b. Participação política/coletiva

Tendo Habermas (1994) como referência, entende-se aqui que a cidadania nunca esteve conceitualmente ligada apenas à ideia de identidade nacional, mas também está vinculada à práxis com que os cidadãos exercem seus direitos civis e políticos. Cidadania não é apenas um critério passivo de pertença a uma comunidade nacional de direitos e deveres conferidos pelo Estado. É também uma prática social que os indivíduos assumem para além do Estado, por meio de instituições da sociedade civil e de ações civis, tal como expresso anteriormente por Chauí (1984).

Ao adicionar o elemento “participação política/coletiva”, o conceito de cidadania torna-se mais complexo e pode ser utilizado não apenas para se referir ao estatuto legal do indivíduo e a sua forma de pertencimento a uma comunidade nacional, mas também para definir sua participação ativa na esfera pública. Desse modo, acrescida da dimensão participação política coletiva, parte-se do pressuposto que o vínculo com o Estado-Nação é apenas um dos itens/componentes que compõem o conceito de cidadania, e não seu único elemento definidor.

Dessa perspectiva, o exercício da cidadania permite a práxis da negociação com o Estado e a participação política da comunidade, estando o exercício da cidadania vinculado fundamentalmente a um Estado democrático. A democracia é aqui entendida não apenas como um regime político com partidos e eleições livres, mas, sobretudo, como forma de existência social. O regime político democrático possibilita a formação de uma sociedade aberta, em que se permite a criação de novos direitos, a participação popular nas decisões políticas e a existência de movimentos sociais. Um Estado democrático é aquele que considera o conflito como legítimo e trabalha em prol de um bem comum e da instituição de direitos universais (BENEVIDES, 1994).

Nesse caso, as leis e os direitos de cidadania são resultados de negociações, contestações e lutas entre o Estado e a sociedade civil. A cidadania é ativamente construída, exercida e interpretada pelo Estado e pelas instituições da sociedade civil. A cidadania, definida pelos princípios democráticos, é fundamentalmente um exercício, uma prática que se constitui na criação de espaços sociais de lutas – como os movimentos sociais – e na definição de instituições para a expressão política – como partidos, organizações, conselhos populares etc. –, significando necessariamente conquistas e consolidações sociais e políticas ((VIEIRA, 2013). O exercício da cidadania, portanto, está vinculado ao desenvolvimento de uma sociedade democrática.

No ambiente da modernidade, o modelo de política esteve sob o pêndulo do dicotômico jogo de esquerda-direita, de acordo com Bauman (2001). Este jogo oscilava entre os propósitos e os anseios de perspectivas das revoluções burguesa ou socialista. Cada parte deste espectro político propunha seu próprio processo de avanço da sociedade. Assim, parlamentos, partidos e sindicatos eram os verdadeiros atores sociais da política e sua atuação refletia sua ideologia de classe. Essa configuração política estava de acordo com os paradigmas da modernidade, segundo os quais a política representativa determinava sua ação.

Assim, na sociedade democrática, a ação política moderna do cidadão se dá nas urnas em períodos eleitorais, por meio do seu direito ao voto e, em momentos excepcionais, em plebiscitos e conferências populares.

Porém, com a emergência dos novos paradigmas da sociedade contemporânea, o modelo político moderno não responde às novas exigências e às transformações sociais. Os problemas sociais da nova modernidade são mais complexos, com mais variáveis, menos hegemônicos, mais individuais e, por vezes, desterritorializados. Dizem respeito às condições de vida do indivíduo contemporâneo, que fogem da simples dicotomia direita-esquerda e de suas ortodoxias. A política, ao menos no cotidiano, não é mais a dos grandes sistemas ou soluções, ela representa um espaço em defesa da voz das novas identidades, das afinidades profissionais, estéticas e minoritárias.

Dessa maneira, o esvaziamento da participação popular nas instituições burocráticas modernas e um descrédito da sociedade em relação ao Estado, coloca em xeque as categorias do pensamento político clássico, causando, assim, a fragilidade da política de Estado em responder às demandas sociais e falta de identificação da sociedade contemporânea com as instituições governamentais.

Segundo Lipovetsky (2005a), o individualismo contemporâneo não anula as formas coletivas de participação, apenas altera seu teor. Ao contrário do que muitos políticos e teóricos afirmam – que hoje todos estão de alguma maneira desorganizados e mesmo desinteressados da participação política –, cresce na sociedade contemporânea a voz da sociedade civil, por meio de novas formas de participação e expressão política em outros meios não institucionalizados. A política da atualidade se efetiva nas ações da política-vida⁴ de Giddens (1999), da subpolítica⁵ de Beck (1997) e na micropolítica⁶ de Guatarri (2005).

⁴ Para Giddens (2002, p. 197), o conceito de política-vida “refere-se a questões políticas que fluem a partir dos processos de auto-realização em contextos pós-tradicionais, onde influências globalizantes penetram profundamente no projeto reflexivo do eu e, inversamente, onde os processos de auto-realização influenciam as estratégias globais”.

⁵ Para Beck, o conceito de subpolítica quer dizer o espaço em que os indivíduos, apesar de não inseridos no sistema político formal, interferem na política, quer por meio de questões reflexivas, quer de forma direta. Tais ações podem ocorrer em vários campos, seja na saúde, na tecnologia ou no direito.

⁶ A micropolítica procura desmistificar o poder de forma centralizada, mostra seu enraizamento e penetração no cotidiano da vida dos sujeitos, de forma capilar. Apresenta o poder não apenas como

A política se transfigura na pluralidade constitutiva dos sujeitos sociais e políticos, o que favorece o surgimento de novos grupos e atores individuais que lutam pelos direitos de cidadania e reconhecimento de múltiplas identidades. Assim, as formas de representação política da democracia moderna não espelham a atual diversidade da sociedade, o que causa a atual desilusão e apatia da sociedade com os partidos e plataformas políticas.

De qualquer forma, como já exposto, isso não significa o fim da política, mas sim uma transformação na sua forma de ação. É uma reinvenção segundo os paradigmas da sociedade contemporânea. O campo de ação, inserido nesse novo tempo-espço, irrompe para além das hierarquias formais do Estado moderno. A política atual penetra os poros da sociedade, nos grupos, nas redes sociais, nas demandas individuais. Ela se expressa no micro e de forma descentralizada.

Ademais, não podemos esquecer a transformação na política causada pelo aparecimento da Internet 2.0. A participação e a contribuição nas redes sociais criam novas formas de ações individuais e coletivas no que pode ser chamado de *Net-Ativismo*. São formas de exposição, discussão e denúncias com amplas magnitude e visibilidade permitidas pelo imediatismo da velocidade das redes. Trata-se de plataformas coletivas para divulgar posições políticas, opiniões e sentimentos de grupos e indivíduos. Dessa maneira, a internet cria uma nova forma de ação política, por vezes dissonantes das instituições políticas modernas.

Assim, podemos considerar que a estrutura de delegação política, hierárquica e representativa, tal como posta em prática no nascimento do Estado moderno, com base nos ideais filosóficos, vem chegando a um ponto de saturação. Entretanto, isso não significa que as formas de representação tenham desaparecido, mas o fato é que a energia social se desloca em direção a outras estruturas e novas formas de mediação. As redes, e particularmente as ferramentas sociais, nos levam a essa transfiguração das ações, em que a participação se dá por estruturas mais diretas, desterritorializadas e sem hierarquia. É por isso que as forças e instituições políticas modernas estão cada vez mais em declínio e esvaziadas, por não atenderem às atuais demandas sociais e formas de participação contemporânea.

A sociedade civil contemporânea fortalece sua ação política por meio de novos movimentos sociais e das redes sociais virtuais. A sociedade civil é concebida aqui como a

esfera da interação social entre a economia e o Estado. “O papel político da sociedade civil não está diretamente relacionado à conquista e controle do poder, mas à geração de influência na esfera pública cultural” (VIEIRA, 2013, p. 47). A política da sociedade civil não se resume às formas institucionais e normais de participação, tais como votar, filiar a partidos políticos e associar a grupos. Trata-se do produto de atores coletivos que se autoconstituem na forma de movimentos sociais que surgem para defender novos direitos, de reconhecimento, de mudanças e por defender espaços de mais liberdade.

De acordo com Gohn (2008), até o início do século XX, o conceito de movimentos sociais se aplicava tão somente à organização e à ação dos sindicatos. Depois de 1960, novos movimentos sociais surgiram, especialmente na Europa, Estados Unidos e América Latina, no momento em que a abordagem clássica marxista passava por processo de crítica e revisão. As principais críticas ao marxismo baseavam-se na seguinte questão: alguns teóricos marxistas priorizavam a análise de categoria de luta de classes através de uma leitura dicotômica (burguesia-proletariado), sem considerar o atual momento histórico-social e as transformações do capitalismo contemporâneo.

Dentre os muitos críticos da análise marxista destacam-se Touraine (1995) e Castells (2000), cuja aproximação resultou na teoria dos novos movimentos sociais. Para esses teóricos, os novos movimentos surgem como organizações de massa de trabalhadores, jovens, mulheres etc. Com efeito, no contexto destas transformações se fazem presentes novos atores, como os chamados movimentos sociais culturais, feministas, pela livre orientação e diversidade sexual, ambientalistas, dentre outros.

Desta maneira, prossegue o impulso da concepção neoliberal da sociedade civil e a emergência das chamadas organizações não governamentais – as ONGs no terceiro setor –, que ganharam força na virada do século XXI. Nesse mesmo contexto, surgem também os movimentos que criticam tanto a ânsia pelo lucro e a competitividade no capitalismo, como também questionam os vícios e erros que o socialismo real implantara na Europa.

Em meados do fim século XX e início do XXI, com os novos marcos contemporâneos e o aumento do individualismo e do consumo, ocorreram significativas transformações no âmbito dos movimentos sociais. Surgiram novos movimentos, relacionados a temas como direitos humanos, cultura, orientação sexual, cidadania, etnia/raça (negros, indígenas), movimento feminista e de mulheres. O fenômeno da globalização e

informatização da sociedade levou os novos movimentos a se diversificar e a se tornar mais complexos.

Segundo GOSS e PRUDENCIO (2004, p 81), nos dias atuais, observa-se o fortalecimento dos movimentos sociais de natureza identitária. No seio do paradigma individualista, esses movimentos lutam pelo “reconhecimento de suas particularidades e diferenças, ou seja, por questões específicas”. Assim, a reconstrução da identidade pessoal se dá pelo reconhecimento da dissociação dos elementos que formavam uma experiência integrada.

“Diante da impossibilidade de localizar o adversário (não mais identificado como uma classe, um partido ou mesmo um Estado), o chamamento ao sujeito é um processo de identificação, e não mais de identidade, e se evidencia/manifesta onde a lógica das técnicas e dos mercados entra em conflito com a lógica do sujeito. Por isso, muitas das explicações paradigmáticas nos estudos da segunda metade do século XX necessitam de revisões ou atualizações ante a emergência de novos sujeitos sociais e cenários políticos” (GOSS; PRUDENCIO, 2004, p. 80)

Há uma nova gramática política se formando no exercício da cidadania, mais direta e menos hierárquica, ou seja, sem ser necessariamente por meio da institucionalização partidária, ela é mais fluida e identitária. Não há mais a rigidez que os movimentos sociais modernos apresentavam. Os atuais movimentos são múltiplos e mais complexos.

c. Consciência de ser portador de direitos e deveres

Bobbio (2004), em *a Era dos direitos*, afirma que a ideia dos direitos dos homens deriva da inversão de perspectiva na representação da relação política, isto é, na consolidação da relação Estado/Cidadão em vez do Soberano/Súdito:

“(...) relação que é encarada, cada vez mais, do ponto de vista dos direitos dos cidadãos não mais dos súditos, e não do ponto de vista dos direitos do soberano, em correspondência com a visão individualista da sociedade, segundo a qual, para compreender a sociedade, é preciso partir de baixo, ou seja, dos indivíduos que a compõem, em oposição à concepção orgânica tradicional, segundo a qual a sociedade como um todo vem antes do indivíduo” (BOBBIO, 2004, p. 4).

A ideia moderna de direito, portanto, é inerente ao conceito de indivíduo, um ente que tem valor em si mesmo, dotado de direitos naturais. A matriz individualista tem como base o fundamento de que o indivíduo antecede o Estado e a sociedade e, dessa forma, se contrapõe à concepção orgânica, segundo a qual a sociedade é um todo. A máxima dessa concepção pode ser identificada na frase: “Todos nascem livres e iguais”. Isso quer dizer que

o indivíduo é concebido como um ser de direitos e que esses direitos antecedem a organização social e política, bem como têm prevalência sobre os deveres. Nesse período, como pode ser percebido, houve uma mudança qualitativa nos termos que se referem à concepção de homem, sociedade e Estado.

As teorias jusnaturalistas desenvolvidas nos séculos XVII e XVIII, apesar das diferenças entre autores como Hobbes e Locke, têm em comum a caracterização dos homens como sujeitos portadores de direitos, entes individuais e autônomos. De fato, a crença moderna é a de que os direitos do homem correspondem a uma qualidade intrínseca ao próprio homem.

De acordo com Bobbio (2005), a concepção individualista, comumente, incitou discórdias e rupturas na ordem sócio-política constituída e, portanto, custou a abrir caminho. Hobbes mostra essa perspectiva do individualismo ao apresentar o estado de natureza de forma tão negativa, onde os indivíduos viviam sem relações e em contradições de interesses. Em contrapartida, o Estado é apresentado como um corpo ampliado, onde o soberano é a alma de um corpo artificial que une esses indivíduos. Apesar dessa visão negativa de Hobbes, a concepção individualista vem ganhando corpo e força desde a modernidade. Nessa concepção, o indivíduo está em primeiro lugar e depois vem o Estado, já que o Estado é construído pelos indivíduos:

“Nesta inversão entre indivíduo e Estado, é invertida também a relação tradicional entre direito e dever. Em relação aos indivíduos, doravante, primeiro vêm os direitos, depois os deveres; em relação ao Estado, primeiro os deveres, depois os direitos. A mesma finalidade ocorre com o Estado, a qual para o organicismo é *concórdia* ciceroniana, ou seja, a luta contra as facções que, dilacerando o corpo político, o matam, para o individualismo, é o crescimento do indivíduo, tanto quanto possível livre de condicionamentos externos” (BOBBIO, 2004, p. 56-57).

Bobbio utiliza essa inversão para fundamentar o reconhecimento dos direitos dos homens, ao afirmar que, quando esse reconhecimento se amplia para o poder entre príncipe e súdito, nasce o chamado direito público subjetivo, que caracteriza o Estado de direito. De acordo com o autor, é com o nascimento do Estado de direito que ocorre a passagem da centralidade do príncipe para o cidadão. Assim, o Estado de direito é para ele o Estado do cidadão.

Nesse novo paradigma, a sociedade e o Estado não são fenômenos dados, mas sim constituídos pelo próprio homem. São concebidos como criações humanas, resultantes de um

pacto entre os indivíduos. A desigualdade e o poder ilimitado deixam, pois, de ser justificados como naturais, isto é, como decorrentes da ordem natural das coisas, ou, ainda, como materializações de uma vontade extraterrena. Os arranjos sociais e políticos tornam-se, portanto, passíveis de contestações e sujeitos à intervenção do homem que os constituiu.

Além da igualdade de direitos naturais, deriva daí, também, uma nova concepção de liberdade. A liberdade, nesse novo paradigma liberal, deixa de ser concessão ou característica de uma camada social ou de um estamento, mas se converte em um atributo do próprio homem. Locke (1999) afirmou que o homem é definido por sua vida, sua liberdade e seus bens. Dessa forma, toda e qualquer desigualdade provocada pelo arranjo social passa a ser entendida como um resultado provocado pelo arranjo social, pelo ordenamento estatal, pelo acordo realizado entre indivíduos, ou seja, o homem passa a ser culpado por seus próprios fracassos e desigualdades.

Os preceitos filosóficos forneceram os fundamentos para uma nova arquitetura social. Esses arranjos encontraram sua manifestação mais explícita na codificação da igualdade entre os homens a partir de normas legais, ou seja, na formalização dos direitos. Esses direitos constituem e delimitam a cidadania moderna. Ser cidadão significa ser detentor de direitos e deveres que os outros, os não cidadãos, não possuem.

A doutrina dos direitos do homem, concebida nos séculos XVII e XVIII, encontrou seu primeiro momento de eficácia na Declaração de Independência dos Estados Unidos, de 1776, na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, e posteriormente nas constituições liberais que incorporaram os fundamentos dos direitos naturais.

Marshall (1967), em seu estudo clássico sobre cidadania, *Cidadania, Classe Social e Status*, tomando como referência empírica a história inglesa, aponta a existência de três conjuntos de direitos: civis ou individuais, políticos e sociais. No caso, esses direitos foram progressivamente conquistados, sendo possível estabelecer um período histórico correspondente a cada um deles:

- Direitos civis ou individuais: são os direitos de reunião, de expressão, de opinião, de pensamento e fé, de ir e vir, de celebrar contrato, de acesso à justiça, ao trabalho, à propriedade, dentre outros. A construção dessa dimensão dos direitos se deu no século XVIII em contexto europeu.

- Direitos políticos: são os direitos de votar e ser votado, de participar do poder político como membro de um organismo investido de autoridade política ou mesmo como um eleitor. Esses direitos foram, também, conquistados na Europa no século XIX.
- Direitos sociais: são os direitos de acesso aos benefícios da riqueza coletiva gerada, tais como saúde, educação, previdência etc. É o direito a ter o mínimo de bem-estar econômico e segurança. É uma conquista europeia do século 20.

A consagração em lei desses conjuntos de direitos traduziu a definição e a busca de igualdade para a sociedade que os reconhecia. Isto é, o direito civil estabeleceu que, apesar das desigualdades sociais e econômicas todos são iguais perante a lei e o Estado. O direito político estabelece que, apesar das diferenças quanto à riqueza, os cidadãos são iguais no que diz respeito à participação política e escolha de seus governantes. Quanto aos direitos sociais, estes pressupõem a existência de uma desigualdade social e são constituídos com o objetivo de amenizá-la.

Dessa forma, os direitos civis e políticos têm por base o indivíduo, e exigem, para a sua efetivação, a mediação do poder público. Já os direitos sociais, também conhecidos como direitos de segunda geração, requerem uma política pública que reconheça a exclusão de alguns – ou muitos –, e objetiva uma justiça distributiva. Posto isso, torna-se necessário um Estado forte e atuante para que se concretize o acesso à saúde, à educação, à moradia, à alimentação etc (BOTELHO; SCHWARCZ, 2012).

Segundo Bobbio (2004), a luta histórica por direitos foi marcada por uma mudança na busca da liberdade, que passa não só pelo desejo de que o Estado não oprima, não exorbite, não agrida – o que constitui a defesa da liberdade negativa, isto é, a liberdade do indivíduo contra o Estado –, mas de que ele tenha uma ação positiva, a de garantir direitos como o de representação política e da participação na riqueza coletiva.

Essa nova busca de liberdades positivas está imbricadamente ligada ao aparecimento de novos atores sociais no cenário político: enquanto a burguesia ansiava por um Estado mínimo que a deixasse livre para desenvolver suas riquezas, advogando, portanto, pela liberdade negativa, o proletariado, ao se tornar cidadão, passou a postular ao governo a tarefa de ser o distribuidor das riquezas coletivas, advogando, então, pela liberdade positiva.

É claro que as transformações socioeconômicas, a intensificação dos meios de comunicação, o aumento do individualismo e do consumo produziram mudanças na organização da vida humana e das relações sociais e dessa forma criaram um terreno fértil para o aparecimento de novas demandas por mais direitos positivos e negativos. O elenco dos direitos do homem não é estático, ele se modificou e continua se modificando conforme a mudança das condições históricas, isto é, da mudança de interesses, das transformações no Estado, das técnicas, dos paradigmas dentre outras situações (Bobbio, 2004).

Segundo Botelho e Schwarcz (2012, p. 11), os direitos civis, políticos e sociais não findam a lista de direitos que compõem a categoria de cidadania ou os conteúdos e limites de igualdade. “Nas últimas décadas, a eles foram acrescidos os chamados direitos de terceira geração, que se referem não mais a indivíduos, mas aos grupos”. Estes são os direitos do consumidor, de crianças, de idosos, de mulheres, de homossexuais, de negros, das minorias. “Nesse novo contexto, marcado pelos direitos sociais, modifica-se inteiramente o perfil do Poder Público e também o da justiça estatal. Trata-se, a partir de então, de garantir não apenas as liberdades negativas, mas também de assegurar as liberdades positivas” (Idem, p. 11).

De acordo com Lipovetsky (2005a), a sociedade contemporânea se caracteriza por uma tendência global em aumentar a oportunidade das escolhas individuais e de privilegiar a diversidade. Da mesma forma que indivíduos são plurais e distintos, tudo passa a ser individualizado e tendo como foco o indivíduo personalizado, há, certamente, uma dificuldade em aceitar as políticas públicas homogêneas.

Os cidadãos, como sujeitos coletivos, pulverizaram-se em suas características individuais, evidenciando suas particularidades: mulher, negro, judeu ou homossexual. O cidadão exige, assim, direitos e políticas específicas, inscritas nos campos setoriais da diversidade existente na sociedade. Devido ao pluralismo social, aumenta na sociedade contemporânea a demanda por novos direitos e reconhecimentos identitários.

A multiplicação contemporânea dos direitos, segundo Bobbio, ocorreu de três modos:

“a) porque aumentou a quantidade de bens considerados merecedores de tutela; b) porque foi estendida a titularidade de alguns direitos típicos a sujeitos diversos do homem; c) porque o próprio homem não é mais considerado como um ente genérico, ou homem em abstrato, mas é visto na especificidade ou na concretude de suas diversas maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente, etc.” (BOBBIO, 2004, p. 63).

Em suma, mais bens, devido ao desenvolvimento do capitalismo e, portanto, do consumo, e mais *status* de indivíduo, devido à radicalização da individualização, identidade e diversidade. Quanto à radicalização do indivíduo, a passagem ocorreu do homem genérico para o homem específico, tomado por critérios de identidade e diversidade, segundo critérios de diferenciação, o que exige reconhecimento e políticas específicas. Emergem, assim, novos sujeitos, cada um com sua especificidade, que exigem tratamentos iguais segundo suas diferenças. E essa é a grande dificuldade atual do Estado. Como garantir tantos direitos distintos e por vezes contrários?

O problema fundamental em relação aos direitos na contemporaneidade não é tanto o de fundamentá-lo e declará-lo, mas o de protegê-lo. Para garanti-lo não basta declará-lo. Trata-se de um problema que não é filosófico, segundo Bobbio, mas sim político. Sua dificuldade está na inexecutabilidade por parte das instituições políticas. O problema real é enfrentar quais as medidas efetivas para a proteção desses direitos.

Segundo, Bobbio (2004, p. 42), os direitos constituem uma categoria heterogênea, ou seja, em seu conjunto passou a conter direitos que são incompatíveis: “direitos cuja proteção não pode ser concedida sem que seja restringida ou suspensa a proteção de outros”. Isso significa que alguns direitos buscam a liberdade e a proteção da intervenção do poder estatal e outros pedem a intervenção do Estado para poder se efetivar. Nos termos de Bobbio (2004), essa é a contradição entre os modelos liberais e socialistas.

Tais direitos só valem no âmbito do Estado que os reconhece. “Embora se mantenha, nas fórmulas solenes, a distinção entre direito do homem e do cidadão, não são direitos do homem e sim apenas do cidadão, ou, pelo menos, são direitos do homem somente enquanto são direitos do cidadão ou daquele Estado em particular” (Bobbio, 2004).

Além dos direitos promulgados no interior de um Estado-Nação, cabe aqui mencionar os Direitos Humanos. Ao contrário dos civis, sociais e políticos, os direitos humanos não são frutos da legislação de uma Nação, mas sim são concebidos para toda a humanidade, independente de sua nacionalidade, somente pelo fato de se constituírem como um ser humano. Entretanto, Arendt (1989) afirma que garantia destes direitos, também, estão vinculados à primeira dimensão do conceito de cidadania, a de pertencimento. A eficácia dos direitos humanos depende de mecanismos presentes no interior de um Estado para garanti-los aos seus cidadãos. Isto quer dizer que os apátridas, que não possuem nenhum vínculo com o

Estado, estão destituídos da proteção que este possa assegurá-los e, por não ser mais um indivíduo político, não tem a quem reivindicar seus direitos (ARENDT, 1989; LAFER, 1988).

Outra questão importante a ser elucidada é em relação aos deveres dos cidadãos. A função primária da lei é a de se fazer cumprir, restringir e corrigir ações. As leis são essencialmente imperativas e visam a obter o comportamento desejado ou evitar o indesejado. Dessa forma, podemos afirmar que “o direto e o dever são o verso e o reverso de uma mesma moeda” (Bobbio, 2005, p. 53).

De acordo com Bobbio (2004, p. 54) “a relação política por excelência é a relação entre governantes e governados, entre quem tem o poder de obrigar, com as decisões, os membros do grupo e os que estão submetidos a essa decisão”. O objeto da política clássica foi sempre o bom governo ou o mau governo. As referências às atividades típicas de um governante são as de guia, cabendo-lhe conduzir à sua meta os indivíduos que governa. O indivíduo, nesse caso, é essencialmente um objeto de poder do governante; mais do que seus direitos, a política trata de seus deveres, dentre os quais é ressaltado como principal o de obedecer às leis. Segundo Bobbio (2004), o sujeito ativo desta relação não é, seguramente o indivíduo provido de seus direitos naturais, mas o povo em sua totalidade.

TIPOLOGIA DA CIDADANIA

Aqui, partiremos do pressuposto de que, apesar de a identidade social política ideal ser constituída pelos três elementos – vínculo de pertencimento, participação política/coletiva e consciência de ser portador de direitos e deveres –, essa composição não é rígida. Ela pode ser composta de um, dois ou três elementos. O único elemento essencial para sua constituição é o primeiro, o de pertencimento a uma comunidade, que se justifica pela afirmação de Nogueira (1999, p. 70):

“(...) cidadania e Estado moderno nasceram juntos, reforçam-se reciprocamente: a cidadania cresceu quando encontrou abrigo e anteparo estatal, isto é, quando converteu em um conjunto de direitos dependentes da devida normatização e das garantias estabelecidas pelo Estado e no Estado”.

O pertencimento a um Estado ainda é um quesito necessário para o *status* e o exercício de cidadania, ou seja, esse elemento garante o pertencimento e o reconhecimento de ser um cidadão.

Com exceção do primeiro elemento, os demais são variáveis constitutivas para a formação da cidadania plena. O primeiro elemento garante o pertencimento, o segundo garante o exercício político da cidadania, e o terceiro garante os direitos e os deveres do cidadão, isto é, sua proteção social, civil e política. Assim, as duas últimas constituem as dimensões essenciais para possibilitar o exercício da cidadania. Em outras palavras, os três elementos seriam partes constituintes de um tipo ideal de cidadania, mas não do conceito definidor de cidadania. Dessa forma, partiremos do pressuposto de que a combinação desses elementos forma três grupos de cidadãos: cidadão pleno⁷, cidadão politicamente passivo e cidadão tutelado.

O primeiro grupo, o do ***cidadão pleno***, é constituído pelas três dimensões, ou seja, o pertencimento, a participação política/coletiva e o detentor de direitos e deveres. A principal característica desse grupo é a de serem cidadãos politicamente ativos, com consciência de seus deveres, e que lutam pela garantia e ampliação dos direitos; por isso, estão em constante articulação com o governo e com outras instituições sociais.

O segundo, o do ***cidadão politicamente passivo***, é composto pelos elementos de (??) pertencimento e detentor de direitos e deveres. Esse grupo é caracterizado pelos que não participam da vida política, seja por apatia ou descrença em relação à política e às instituições políticas atuais, ou por se encontrarem impossibilitados. Apesar de não ser ativo politicamente, tem conhecimento de seu pertencimento e de como usufruir e garantir seus direitos.

O terceiro, o do ***cidadão isolado***, é constituído apenas pelo primeiro elemento, o de pertencimento. Os cidadãos desse grupo são caracterizados por não conseguirem exercer seus direitos políticos e por não terem garantidos seus direitos como cidadãos. Em sua maioria, são indivíduos considerados inimputáveis, isto é, não responsáveis por seus atos e, então,

7 Carvalho (2014) afirma existir três tipos de cidadãos brasileiros: o cidadão pleno, que é detentor dos três direitos (civis, políticos e sociais); o cidadão incompleto, que é detentor de ao menos um dos direitos; e o não cidadão, que não se beneficia de nenhum dos direitos. Para o autor, há um vínculo entre alguns direitos, como o civil e o político. Se não há a garantia do direito civil, como a liberdade, não se pode garantir o direito político. Entretanto, o direito político, como a possibilidade de escolher um governante, não é garantia de direitos sociais. Tomamos emprestada a categoria *cidadão pleno*, que é definida por ser “aquele que é titular dos três direitos: os civis, os políticos e os sociais” (CARVALHO, 2014, p. 9). Entretanto, ampliaremos seu significado ao acrescentarmos mais duas dimensões: a de pertencimento e a de participação política/coletiva.

tutelados pelo Estado ou por outro indivíduo responsável por eles. São os indivíduos em grande vulnerabilidade social, como os doentes mentais. Estes, na maioria das vezes, são considerados cidadãos apenas pelo pertencimento a um Estado-Nação, pois nem sempre possuem condições de garantir sozinhos seus direitos, seus deveres e o livre exercício político.

É possível inferir, segundo a tipologia acima que há uma gradação no exercício da cidadania e que esta não é uma identidade única na qual todos, por tão somente pertencerem a um Estado-Nação, são iguais no que tange aos seus direitos. Cidadania é um processo que, segundo Nogueira (2001, p. 86) “ (...) não avança de modo harmonioso e pacífico, mas sim através de recuos, saltos, irregularidades, e sempre em meio a fortíssimas tensões políticas e sociais. Eles variam de país para país e, no interior de cada país, atingem de modo desigual seus diversos grupos específicos”.

Poder-se-ia afirmar, então, que a cidadania está sempre em um processo de construção. É, nesse sentido, um conceito situacional, posto que é uma história que se faz com mudanças sociais, carregadas de lutas, dívidas com a modernidade, contradições e persistências na resolução dos candentes problemas sociais. Por fim, poderíamos afirmar que a cidadania é uma identidade social política que está intrinsecamente vinculada a processos de exclusão-inclusão, que será o tema a ser analisado no próximo capítulo.

2.1.3. Cidadania e saúde no Brasil contemporâneo

A história do Brasil é marcada pela exclusão social de grande parte da população, de maneira que o exercício da cidadania foi majoritariamente prerrogativa de uma pequena elite. Em 1822, à época da Independência, a sociedade brasileira se caracterizava por ser escravocrata, latifundiária, dependente de uma monocultura e com a maioria de sua população analfabeta. Com a Independência, muito pouco mudou desse cenário; a política e a economia do País continuaram nas mãos da mesma elite, com a mesma estrutura e os mesmos processos sociais, políticos e econômicos (CARVALHO, 1995).

Não apenas africanos e índios formavam o contingente de excluídos. A população branca pobre era também extremamente explorada pela elite dominante, contribuindo, assim, para a manutenção da estrutura escravista e o sistema de exploração organizado. Durante todo o período imperial, a participação política da população foi pequena, pois havia exigência de

comprovação de renda para votar e ser votado e eram excluídos os analfabetos, os escravos e as mulheres. Assim, somente uma mínima parcela tinha cidadania política, pois, mesmo entre os senhores, muitos não eram considerados cidadãos de fato. “Os direitos civis beneficiavam poucos, os direitos políticos a pouquíssimos, dos direitos sociais ainda não se falava, pois a assistência social estava a cargo da igreja e de particulares” (CARVALHO, 1994, p. 29).

O ponto de partida para a instauração da cidadania no Brasil, segundo Saes (2001), é o que ele denominou de revolução política burguesa, que, entre a abolição da escravatura e a proclamação da Constituição republicana, procurou subverter o sistema jurídico, instaurando o reconhecimento estatal de todos os agentes de produção como sujeitos individuais de direito, independentemente de sua posição na estrutura econômica.

Seria inviável a concretização da cidadania em uma sociedade escravista imperial, dada sua total incompatibilidade com a forma universalista e igualitária moderna dos direitos individuais. No entanto, a Abolição, se por um lado libertou os escravos da opressão, por outro, da maneira como foi realizada, os manteve na mais completa exclusão social, política e econômica.

Na Primeira República, o coronelismo continuou a impedir a ampliação dos direitos políticos e civis:

Na passagem de um Estado escravista, no qual os agentes político-institucionais eram apenas os proprietários de escravos e os seus aliados, a um Estado burguês moderno, em que todo indivíduo nascido no território nacional era declarado cidadão, seria previsível que se implantassem mecanismos de limitação de participação política efetiva (SAES, 2001, p. 392).

Se por um lado o primeiro elemento da cidadania, o de pertencimento a um Estado-Nação, era garantido a toda população, os demais ainda eram considerados privilégios de poucos. A maior parte da população permanecia iletrada e analfabeta politicamente, e os direitos sociais não tinham espaço no debate político. Ademais, instaurou-se um rígido controle do exercício do direito de voto por parte das classes dominantes, seja pelos coronéis, que manipulavam os votos, seja pelos chefes políticos locais a serviço das alianças entre propriedade fundiária e burguesia comercial.

Segundo Carvalho (1995, p. 90), “o ano de 1930 foi um divisor de águas na história do país”. A partir desse ano, com a criação de uma legislação trabalhista e previdenciária, transformaram-se as relações de trabalho, o que diminuiu, consideravelmente, a exploração dos trabalhadores urbanos e assalariados. Foi a primeira tentativa de introduzir na cidadania o elemento “consciência de ser portador de direitos”. É o momento em que uma nova forma de cidadania, de aquisição dos direitos civis, começou a nascer.

Em relação à questão política da sociedade, surge a Justiça Eleitoral, o voto passa a ser secreto, e juízes profissionais tratam da legislação eleitoral, fiscalizando, alistando, apurando votos e reconhecendo os eleitos. Os movimentos políticos e sociais demonstram maior organização com o aparecimento de sindicatos e partidos políticos.

Entretanto, o populismo do período Vargas, apesar de procurar atender a parte das necessidades do povo, não incentiva sua participação política e explora a herança cultural de submissão da população rural. Dessa maneira, o período getulista, em relação à cidadania, inibiu a liberdade de expressão, de associação, de consciência e crença, além de não respeitar a integridade física e moral da população.

Desse modo, a primeira experiência democrática na História do Brasil foi de 1946 a 1964, período em que voltaram as eleições e foi elaborada uma nova constituição, que manteve as conquistas sociais do período anterior, garantindo os direitos civis e políticos e a liberdade de imprensa. Contudo, em 1964, essa democracia sofre um duro golpe, pois os militares tomam o aparelho de Estado e instalam, com o apoio de alguns setores da sociedade civil, governos ditatoriais e autoritários por longos 21 anos.

Os direitos políticos e civis sofreram um retrocesso no processo de expansão e efetivação na forma de atuar da população. No entanto, para compensar, foram criados os seguintes direitos sociais:

- em 1966, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que ainda hoje funciona como um seguro-desemprego;
- em 1974, o Banco Nacional de Habitação (BNH);
- o Ministério da Previdência e Assistência Social;
- o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); e
- o Fundo de Assistência Rural (Funrural), dentre outros direitos sociais.

A implantação de um modelo de desenvolvimento econômico concentrador e excludente, entretanto, provocou crescimento econômico, o chamado "milagre brasileiro", mas sem uma política de distribuição de renda. Assim, a camada da população que mais necessitava das políticas públicas e dos mecanismos de distribuição de renda foi a mais prejudicada.

Em relação à cidadania, esse período foi muito precário, pois os direitos políticos foram cerceados, sendo proibidos, dentre outros, a organização dos trabalhadores, a eleição dos ocupantes de cargos executivos e quaisquer movimentos sociais ou partidos políticos que lutassem por melhores condições de vida. Além disso, havia a censura à imprensa e à liberdade de expressão (CARVALHO, 1994).

A suspensão de grande parte dos direitos civis, políticos e sociais durante o regime militar fez surgir movimentos sociais na luta pela cidadania. Questões do cotidiano, como moradia, educação, saúde, trabalho, lazer, direitos da criança e do adolescente, dentre outros temas, passaram a ser compreendidas como expressões de resistência, autonomia e criatividade, transformando-se em objetos de luta política.

No meio dos então movimentos sociais que emergiram nesse período, destacou-se o Movimento pela Reforma Sanitária⁸, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, com o lema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, nos movimentos populares e em experiências regionais de organização de serviços. Segundo Yasui (2006), no interior desse processo mais amplo – que foi o Movimento Sanitário –, localizamos o movimento da saúde mental, que trilhava o mesmo caminho. Esse processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela democracia do país, tal como o Movimento Sanitário, levando seus atores a desempenhar uma militância que transcendia a questão da saúde mental.

⁸ A relação estrutural entre saúde, democracia e cidadania no Brasil foi estabelecida no contexto de luta política pela redemocratização inserida no âmbito do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) e pela Reforma Psiquiátrica (RP). Pode-se afirmar, assim, que há um entrelaçamento intrínseco na luta pela cidadania no Brasil e na luta pela melhoria dos serviços de saúde e assistência prestados pelo Estado. O mote de tais conquistas no país foram o MRS na saúde em geral, e a RP e o Movimento da Luta Antimanicomial na saúde mental, que serão retomados no terceiro capítulo.

Em 1978, eclodem grandes greves em São Bernardo do Campo, que se estendem por 1979 e 1980, como consequência da reorganização do sindicalismo, culminando com a fundação, em 28 de agosto de 1983, da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

No início da década de 1980, a insatisfação social com o regime militar e com a crise econômica gerou a Campanha das Diretas Já, que mobilizou a população e acirrou a disputa política e social em prol de uma nova Constituição democrática. O fim da ditadura, em 1985, trouxe a democracia, mas a cidadania não acompanhou as mudanças políticas e civis.

Com o início das mobilizações em torno da convocação de uma Constituinte, surgiu uma polêmica que perduraria até a promulgação da nova carta magna. O movimento nacional pela Constituinte tinha como objetivo primordial resgatar o exercício da cidadania e construir a democracia. Assim, estimulava a criação de novos movimentos municipais com o propósito de incentivar a população a elaborar sua própria proposta de Constituição, que deveria ser encaminhada para fóruns estaduais e para um fórum nacional.

As Plenárias e os Movimentos Pró-Participação Popular na Constituinte, apesar de sua diversidade, tinham um objetivo comum, o de garantir a participação popular no processo constituinte. A discussão sobre o Regimento Interno da Constituinte possibilitou aos movimentos uma grande conquista, qual seja, o mecanismo das emendas populares que contribuiu significativamente para aumentar a mobilização popular por novos direitos.

Podemos afirmar que a luta pelos elementos dois e três da cidadania, *participação política/coletiva e portador de direitos e deveres*, instaurada no desenrolar dos trabalhos constituintes, tanto levou as demandas da sociedade civil para o centro do poder, como também, de forma inversa, conduziu a própria disputa para dentro da sociedade civil.

A sociedade civil interferiu diretamente nos trabalhos da Assembleia Constituinte, pois a pressão social e o controle da participação popular foram exercidos quase que cotidianamente sobre os deputados constituintes, o que possibilitou intensificar os vínculos que interligam a sociedade política à civil.

Dessa maneira, a Constituição Federal, denominada de “Constituição Cidadã” e outorgada em 5 de outubro de 1988, consolidou as conquistas democráticas no Brasil,

expressando os anseios de uma sociedade por democracia e mudanças que restabelecessem um Estado de Direito no país. Com isso, os princípios e os fundamentos que embasaram tal Carta foram: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político.

Houve, assim, especial preocupação com os dispositivos dos Direitos e Garantias Fundamentais do cidadão brasileiro, apresentados como:

1. Direitos individuais e coletivos: (art. 5º) “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”.
2. Direitos sociais: (art. 6º) “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição, e os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais” (art. 7º ao 11).
3. Direitos à nacionalidade: vínculo jurídico-político entre a pessoa e o Estado (art. 12 e 13).
4. Direitos políticos; direito de participação na vida política do Estado; direito de votar e de ser votado, ao cargo eletivo e suas condições (art. 14 ao 17) (BRASIL, 1988).

Uma característica importante dessa Constituição, que expressa a manifestação da população, é o fato de ela incluir a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado. Assim, torna-se obrigação do Estado o amparo a quaisquer cidadãos que necessitem de assistência.

É possível inferir que a história da cidadania no Brasil passou por vários momentos de ampliação e recuo, principalmente no que diz respeito aos elementos *participação política/coletiva e pela consciência de ser portador de direitos e deveres*, dependendo do momento histórico presente. Ao analisar o desenvolvimento da cidadania no Brasil, José Murilo de Carvalho (1995) afirma existir uma anomalia nesse processo. Ela consiste na variação entre a ampliação e o recuo dos direitos políticos e dos direitos sociais.

Ao longo da história política brasileira, em momentos de ampliação dos direitos sociais, houve, é evidente, o recuo dos direitos políticos e vice-versa. A ampliação das liberdades políticas teria ocorrido no Império, paradoxalmente em uma sociedade escravocrata que negava os direitos civis aos escravos e à população pobre. Em contrapartida, os direitos sociais foram ampliados em plenos regimes ditatoriais, como no Estado Novo e durante Regime Militar, quando os direitos políticos foram altamente cerceados.

Além disso, é importante frisar, existe uma defasagem entre os direitos legalmente declarados e os direitos efetivamente exercidos, vale dizer, a distinção entre o país legal e o país real. Há ainda uma camada da população brasileira que permanece excluída da primeira e, principalmente, da segunda dimensão, os direitos e os deveres. São indivíduos que se encontram em grande vulnerabilidade social e para os quais o país ainda carrega uma dívida por sua não inserção no que se considera cidadania moderna. Estes são os denominados cidadãos isolados.

Carvalho (2014), enfim, afirma existir três tipos de cidadãos brasileiros: o cidadão pleno, detentor dos três direitos (civis, políticos e sociais); o cidadão incompleto, detentor de ao menos um dos direitos; e o não cidadão, que não se beneficia de nenhum dos direitos. Para o autor, há um vínculo entre alguns direitos, como o civil e o político. Se não há a garantia do direito civil, como a liberdade, não se pode garantir o direito político. Entretanto, o direito político, como a possibilidade de escolher um governante, não é garantia de direitos sociais.

2.2. A DIALÉTICA DO CONCEITO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO SOCIAL

Segundo Scarcelli (2011, p. 30), inclusão “refere-se ao ato ou efeito de incluir”. No dicionário Aurélio, o termo inclusão aparece como “abranger, compreender, conter, envolver, pôr ou estar dentro, inserir num ou fazer parte de um grupo”. Associada ao adjetivo social (“que diz respeito à sociedade”, também segundo o dicionário), inclusão social pode ser entendida como um ato de inserir algo na sociedade para que, assim, possa fazer parte dela. Esse conceito é extremamente vinculado ao seu oposto, a exclusão social, ou seja, para entender como funciona o processo de inclusão, faz-se necessário compreender como se deu a exclusão.

O conceito de exclusão social é relativamente recente na literatura e teve como berço a Europa na segunda metade do século 20 (Zioni, 2006). René Lenoir (1989), em *Les Exclus*,

publicado em 1974, foi um marco para a compreensão do conceito vinculado ao sentido de inadaptação social. A exclusão é um fenômeno irredutivelmente social e sua origem a aproxima da compreensão de disfunção⁹ da própria sociedade. O autor chamou a atenção para o fato de que uma economia em expansão tende para a exclusão dos grupos que apresentam uma diferenciação física, psíquica e social.

De acordo com Escorel (2009), o processo de pauperização na França, na década de 1970, começou a atingir os grupos não considerados tradicionalmente marginalizados e que até então usufruíam dos benefícios do desenvolvimento econômico. “A exclusão social passou a ser usada para denominar o fenômeno integrante de uma ‘nova questão social’, problemática específica do final do século XX, cujo núcleo duro foi identificado na crise do assalariamento como mecanismo de inserção social” (ESCOREL, 2009, p. 1).

Dupas (1998, p. 123) evidencia que:

“(…) a discussão sobre exclusão social apareceu na esteira do crescimento dos sem-teto e da pobreza urbana, da falta de perspectiva decorrente de desemprego de longo prazo, da falta de acesso a empregos e rendas por parte de minorias étnicas e imigrantes, da natureza crescentemente precária dos empregos disponíveis e da dificuldade que os jovens passaram a ter para ingressar no mercado de trabalho”.

Segundo o autor, esse efeito foi em parte decorrência do processo de globalização acentuado nos anos 1980.

Em consonância aos autores anteriores, Campos et al. (2003) afirmam que a emergência de estudos sobre o conceito de exclusão social é consequência do agravamento dos processos excludentes da década de 1970 em diante, nos países capitalistas, a partir da adoção de políticas macroeconômicas neoliberais e a emergência de inovações tecnológicas.

Segundo Escorel (2009), a noção de exclusão como processo social progride a partir de trajetórias com rupturas de vínculos sociais frágeis. Dessa forma, a autora traça um paralelo entre a exclusão e a desvinculação e deixa claro que esse fenômeno percorre diversos âmbitos sociais (o econômico, o familiar, o biológico, o cultural, o psicológico, etc.). O conceito define processos sociais de discriminação, estigmatização e vulnerabilidade.

⁹ Entende-se aqui por disfunção da sociedade o ato de divisão, dissociação, separação e segregação de membros da sociedade.

Para Wanderley (2001), a exclusão social é um processo de privação que inclui a pobreza, a discriminação, a subalternidade, a iniquidade e diversas formas de desigualdades. Em suma, a exclusão social não começa e termina apenas na pobreza, pois são múltiplos fatores que corroboram para que ela aconteça.

Seguindo a linha de raciocínio de Escorel e Wanderley, Déchamps (DÉCHAMPS, I., 1998 in ESTIVALLI, 2003, p. 47) nos mostra a existência de três dimensões da exclusão social – a econômica, a social e a simbólica:

“(…) a dimensão econômica da exclusão implica a sucessiva ausência do mundo produtivo e do consumo, a sua dimensão social compreende a perda da sociabilidade primária e secundária, e a sua dimensão simbólica é definida pelos comportamentos e valores comuns, assim como pelas representações que tendem a classificar socialmente as pessoas (*dé-chéance*, incompetência, mediocridade, identidade negativa)”.

O exemplo da pobreza utilizado por Sposati (1999) ratifica as dimensões acima citadas por Déchamps. A pobreza absoluta ou relativa (uma questão econômica) pode ser somada a questões de discriminação e estigma, seja pela condição econômica, de gênero, raça, orientação sexual, etc. A exclusão social nesse caso soma privação econômica à discriminação e à fragilidade dos vínculos sociais.

Lucio Kowarick (2003) afirma que há uma imprecisão no termo exclusão e que este é usado de forma ‘ampla e escorregadia’, sendo algumas vezes confundido com vulnerabilidade. Segundo o autor, o termo exclusão traz a ideia de não ser admitido ou mesmo de ser repellido, expulso e banido de um dado grupo. Ele aproxima o conceito à ideia de destituição de direitos, ou de perda do direito de ter direitos.

“Em suma, exclusão aponta uma condição de desposseção de direitos, chegando a atingir casos extremos de extermínio em massa, cujos exemplos podem ser encontrados entre os considerados heréticos pela Santa Inquisição, os judeus e ciganos na Alemanha nazista ou, mais recentemente, as vítimas da atrocidade em Kosovo (KOWARICK, 2003, p. 22)”.

Em suma, para o autor, exclusão quer dizer banimento e/ou isolamento, o que difere do que comumente chamam de vulnerabilidade. Indivíduos vulneráveis têm vínculos sociais e econômicos precários.

Robert Castel (1994; 2000), por sua vez, não utiliza o conceito de exclusão por considerá-lo atualmente um conceito “mala”, ou seja, é tão amplo que deixa de evidenciar os diferentes processos que atravessam a sociedade contemporânea. O autor propõe o uso do

conceito de desfiliação para se referir a um alto grau de vulnerabilidade social. Não se pode considerar, para o autor, seja uma condição de ausência de algo (seja de renda, alimento, moradia, educação, saúde etc.), mas sim a composição de três eixos: precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária¹⁰ e negação do *status* social. A relação entre os eixos cria quatro estados entre a integração e a desfiliação:

“**zona de integração** (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), a **zona de vulnerabilidade** (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e a **zona de marginalidade**, que prefiro chamar de zona de desfiliação para marcar nitidamente a amplitude do duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional (...) tratamento dispensado à indigência inválida define uma quarta zona, a **zona da assistência**. ”” (CASTEL, 1997, p. 23-24).

Como é possível perceber, Castel (1997; p.31) deixa claro que os pontos centrais para a desfiliação são o trabalho e as relações sociais. Desfiliação, assim, pode ser compreendida pela “conjunção perda de trabalho-isolamento relacional”.

Em relação ao trabalho, o autor analisa esse eixo segundo a queda da sociedade salarial¹¹. Em seu texto *As Metamorfoses da Questão Social*, o autor evidencia não só a precarização do trabalho e a perda das garantias trabalhistas na sociedade contemporânea, mas também como esse processo provoca um estado de vulnerabilidade social.

No que se refere à rede de sociabilidade primária, Castel (1994) a considera como sendo a de uma rede de relação social, responsável pelo suporte e solidariedade (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho etc.) que não se fundamenta nas instituições formais do Estado. Esta rede pode ser compreendida como uma rede de laços entre os membros que a compõem e que nela criam sentimentos de pertencimento. Em meio a esse grupo, são

¹⁰ O sistema de proteção social para Castel (1998) é composto de dois modelos: sociabilidade primária e sociabilidade secundária. A primária é regida pelos vínculos estabelecidos na relação de proximidade e pertencimento, ou seja, uma rede sem a mediação de uma instituição específica. Dentre eles se encontram a família, a vizinhança, os amigos, etc. A secundária emerge com a fragilidade da primária quando a sociedade se torna mais complexa e ocorre um entrelaçamento das redes que compõem a primeira. Nela se torna necessário um atendimento mais sofisticado e institucional. É nesse momento que emerge a proteção social institucionalizada.

¹¹ O modelo de sociedade característico no século 20 é construído ao redor do trabalho e é denominado por Castel (1998) como a sociedade salarial industrial. Tal sociedade é caracterizada por sua organização em torno de uma economia de mercado, que compra e vende trabalho-mercadoria, regulada por um direito do trabalho que estabelece as relações laborais entre o capital e o trabalho e que tem em seu bojo um Estado de Bem-Estar Social construído no ideal da democracia burguesa. Para Castel, as legislações trabalhistas e políticas sociais que instituíram a seguridade social (direito a aposentadoria, seguro desemprego e assistência à saúde) são as materializações dos suportes sociais garantidos por instituições do Estado na qual estruturaram as relações de trabalho na sociedade salarial.

reproduzidos costumes e tradições, os papéis sociais são veiculados e, assim, uma existência social é reproduzida internamente. Em suma, as relações sociais são um elemento constitutivo do que o autor denomina de proteção aproximada. Entretanto, o estado de desfiliação para Castel (1998) é formado pela perda do trabalho e da sociabilidade primária, porque tais perdas acarretam a privação econômica e a fragilidade de laços sociais.

Além desses dois quesitos, para Castel (1998; 1998b), pode-se ocorrer o processo de desfiliação quando há a negação das normas estabelecidas pela sociedade e, assim, a ruptura com o *status* ou a posição de um indivíduo pertencente a esse grupo. O autor utiliza a história de Tristão e Isolda para exemplificar essa questão. São os casos de indivíduos desfiliados pela negação das normas impostas ou mesmo pela falta de oportunidade de acesso a elas, tendo, assim, seu pertencimento negado.

No Brasil, o conceito de exclusão social nas ciências humanas aparece quase sempre relacionado à desigualdade de renda. A exclusão social configura-se como marca inquestionável do desenvolvimento capitalista no país. Veras (2001) ressalta que os processos sociais excludentes estão presentes desde os tempos coloniais (população indígena e negra); contudo, tornaram-se mais intensos durante o período militar. Para a autora, a exclusão é a consequência do desejo da burguesia de subordinar o social ao econômico. O resultado é o controle dos dominados por meio da lógica de poder dominantes-dominados.

Campos et al. (2003), em *Atlas da Exclusão Social no Brasil*, aponta a existência de duas formas de desigualdade no país: a velha e a nova exclusão social. A velha exclusão se manifesta devido aos baixos níveis de escolaridade, à falta de acesso a bens e serviços básicos, ao trato com as diferenças raciais e étnicas etc. Considerando as transformações que ocorreram nos países emergentes, principalmente a partir da segunda metade do século XX, novas formas de exclusão surgem sem que a primeira tenha sido superada completamente. Para o autor, no Brasil, as novas formas de exclusão, que convivem com as velhas, podem ser identificadas no número de moradores em situação de rua, na precarização do mundo do trabalho, no baixo nível de renda, no advento da insegurança vivenciada nas diversas formas de violência, etc.

Embora diversos indicadores sociais – como índice de analfabetismo, renda, acesso à saúde pública, saneamento e moradia – indiquem que a velha exclusão social no Brasil tenha melhorado desde os anos de 1980, ela não foi superada. É preciso verificar que o processo de

individualização e o consumo, dentre outros fatores, acirram o processo da nova exclusão social.

Veras (2001) afirma que as condições desfavoráveis de tais contingentes excluídos contribuíram para gerar sentimento de hostilidade, desconfiança e medo por parte dos demais segmentos, fazendo com que aumentasse a demanda por políticas de segurança e repressão, agravando ainda mais o processo de exclusão. Ademais, a autora cita a proliferação de loteamentos fechados, condomínios horizontais (prédios), shopping centers com câmeras de vigilâncias, seguranças nas portas e controle de acesso como consequências desse processo e formas de segregação.

No campo da saúde, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), definem a exclusão social como um processo multidimensional que abarca a ausência tanto de recursos, quanto de oportunidades e de pertencimento. Como já apontado, por pertencimento entende-se a construção de laços sociais que permite aos indivíduos fazer parte de uma rede social (OIT, OPS, 1999).

Como foi possível perceber, na definição de exclusão social dos autores mencionados anteriormente, esse conceito é multidimensional, ou seja, engloba várias questões. Segundo Sawaia (1999), é um conceito que permite usar diversos repertórios, desde a concepção de desigualdade como resultante de uma deficiência ou inadaptação individual, a falta de algo, até mesmo como condição de uma injustiça social. De acordo com a autora, a sociedade exclui para incluir. Esta é uma dialética da própria sociedade.

“A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico” (SAWAIA, 1999, p. 8).

Para a autora essa dialética dos processos de inclusão/exclusão não é uma falha do capitalismo, mas sim um processo intrínseco da sua lógica, que se manifesta nas contradições da desigualdade e da necessidade de uma legitimação social que se manifesta. A dialética inclusão/exclusão demonstra que essa noção deve ser compreendida tanto como um processo que pode estar em constante movimento – o indivíduo/grupo pode estar excluído em um fator e incluído em outro –, bem como estar relacionado com os modos de sociabilidade e valores sociais (SAWAIA, 1999).

Nesse contexto, a inclusão é parte constitutiva da exclusão, isto é, não é uma coisa ou um estado, mas sim um processo que envolve o indivíduo perante a sociedade. É um produto do funcionamento do sistema (SAWAIA, 1999). Seus mecanismos estão inseridos nas estratégicas histórias de manutenção de uma ordem social perversa, no estabelecimento de formas de desigualdade, nos processos de concentração de riqueza. O excluído é parte integrante de uma sociedade, de forma a sustentar uma dada ordem social.

O CONCEITO DE EXCLUSÃO SOCIAL

Nossa definição se aproximará de alguns pressupostos apresentados por Escorel (2009), Wanderley (2001) e Castel (1998), ao afirmarmos que a exclusão é um estado de vulnerabilidade em níveis de maior ou menor intensidade e que percorre de diversos âmbitos sociais: o econômico, o social, o biológico e o psicológico. A exclusão social não se esgota na desigualdade social, pois são múltiplos fatores que corroboram para que ela aconteça. Assim, a exclusão pode e deve ser compreendida como um processo pluridimensional que segrega e inferioriza um indivíduo ou um grupo perante sua comunidade e seu território. Sua base segregacional está nos valores dominantes da sociedade.

Para nossa definição, utilizaremos três dimensões que consideramos ser os pilares desencadeadores do processo de exclusão social. Para tal, emprestaremos dois eixos apresentados por Castel (1998): precarização do trabalho e precarização da sociabilidade primária. Acrescentaremos mais um eixo, o do estigma. Em suma, partimos da definição da exclusão social como processo de vulnerabilidade composto de três dimensões: precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e estigma.

a. Precarização do trabalho

Bauman (2001), Beck (2011) e Castel (1998) evidenciam a centralidade do trabalho como meio para a inserção social do indivíduo na modernidade. Outros autores, como Clavel (1998), em consonância a Bauman (2001), ao analisar a exclusão social, também consideram que o trabalho é parte constitutiva da construção de uma identidade coletiva e individual. O autor afirma que a ausência do trabalho pode produzir a perda do sentimento de pertencimento a um grupo, a uma classe, a um sindicato.

Paugam (2006) sinaliza que a ausência de estabilidade no emprego gera no indivíduo sentimentos de culpa e de falta de perspectiva de vida pela perda de sua identidade de

trabalhador. O autor enfatiza também os sentimentos de vergonha e apatia dos desempregados de longo período, fazendo com que se afastem do convívio social com os amigos e mesmo com os familiares. Chama ainda a atenção para a atual instabilidade no mercado de trabalho, que gera forma de contratação precária e acentua a rejeição de trabalhadores menos qualificados.

É evidente a importância da dimensão do trabalho no que se refere à inclusão do indivíduo na sociedade. Entretanto, cabe aqui fazer uma reflexão sobre os impactos das transformações que essa categoria tem sofrido na sociedade contemporânea.

Ao examinar as transformações no trabalho ante a internacionalização do mercado decorrente da globalização na sociedade contemporânea, Castel (1998) identifica que ele vem sendo alvo de dois tipos de redução de custos em face dos requisitos da flexibilização: minimização do preço da força de trabalho e maximização de sua eficácia produtiva. Tais processos produzem o desemprego, a precarização e a individualização dos comportamentos no trabalho. A precarização decorre do desenvolvimento tecnológico da evolução do capitalismo e a flexibilização, por sua vez, provoca a individualização dos comportamentos no trabalho.

Tanto Bauman (2001) quanto Beck (2011) estão alinhados à análise de Castel, ao partirem da certeza sobre o fim do emprego industrial no cerne das características da sociedade moderna. Beck analisa a questão do trabalho a partir da noção da sociedade de risco. O autor ressalta que quanto mais as relações, as condições e o mercado são desregulamentados e flexibilizados, mais rapidamente, e com eficiência, a sociedade do trabalho se torna sociedade de risco.

É no contexto da individualização contemporânea que Beck (2011) analisa a despadronização do trabalho assalariado, da formação e da ocupação, afirmando que o trabalho flexível e a subocupação substituem a ocupação integral. O direito, o local e o tempo que eram os pilares deste mundo do trabalho tradicional não são mais considerados como tal. Para o autor, nesse contexto de incerteza, os riscos psíquicos e de saúde são privatizados para o próprio trabalhador, sendo assim, cada trabalhador é responsabilizado individualmente. O indivíduo deve se autogerir, inclusive em aspectos relativos à proteção social e às condições de trabalho. A grande característica do trabalhador contemporâneo é o fato de constituir-se em uma espécie de *multiuso*, de modo que sua existência é marcada pela insegurança constante.

Assim como em Beck, para Bauman (2001), os trabalhadores, passam a conviver com a incerteza do trabalho flexível e sem a possibilidade vitalícia de trabalho, que foram extintas junto com as certezas do trabalho na era o capitalismo industrial. Considera Bauman que a incerteza sempre acompanhou o trabalhador, mesmo na fase anterior da sociedade, mas na sociedade contemporânea adquire o carácter de poderosa força individualizadora que, ao contrário de unir, divide. Indica também que na atualidade, ocorre a perda da capacidade de coesão historicamente atribuída ao trabalho e da construção da identidade a partir de classes sociais coesas. O trabalho de longa duração, aqui, é também substituído pela volatilidade do mercado da força de trabalho.

Segundo Bauman, a reestruturação produtiva e industrial na sociedade contemporânea decorre de um processo que compatibiliza mudanças organizacionais, redefinições de papéis dos Estados nacionais, centralidade do capital financeiro, tecnologias informatizadas e a crescente necessidade de garantia do lucro. Esse novo modelo rompe com o do fordismo e tem por base a flexibilização do trabalho e a necessidade de um trabalhador polivalente, que seja capaz de lidar com as mais diversas tecnologias, de estar disponível 24 horas, de aprender novas formas de gestão que enfocam a subjetividade, de não ser mais um empregado, mas sim um colaborador, de redefinir a relação de solidariedade operária por meio da individualização do salário e as relações entre pares por clientes. O trabalhador deve ser um indivíduo empreendedor, estar sempre capacitado e ser responsabilizado por suas escolhas e sua carreira.

Castells (1999b), em conformidade com os autores anteriores, afirmar que com o advento do fim da sociedade industrial surge um novo sistema de produção. Ademais, declara que neste novo sistema a produtividade e a competitividade constituem os seus principais processos, na qual a primeira origina-se da inovação e a segunda da flexibilização.

“Portanto, empresas, regiões, países, unidades econômicas de todas as espécies preparam suas relações de produção para maximizar a inovação e a flexibilidade. A tecnologia da informação e a capacidade cultural de utilizá-la são fundamentais no desempenho da nova função da produção. Além disso, um novo tipo de organização e administração, com vistas à adaptabilidade e coordenação simultâneas, tornam-se a base do sistema operacional mais efetivo, exemplificado pelo que rotulei de empresa em rede” (CASTELLS, 1999b, p. 417).

Nesse novo contexto, a mão-de-obra é redefinida emergindo daí dois tipos de trabalhadores denominados pelo autor como mão-de-obra genérica e mão-de-obra autoprogramável. A característica primordial que diferencia os dois trabalhadores é a

capacidade educacional e a incorporação de informação. Esta característica, empregada à autoprogramável, permite a este trabalhador a “(...) capacidade para uma redefinição constante das especialidades necessárias à determinada tarefa (...)”(Idem, p. 417). Em contrapartida, a genérica sem acesso à educação “ (...) recebe determinada tarefa sem nenhum recurso de reprogramação, e não se pressupõe a incorporação de informação e conhecimentos além da capacidade de receber e executar sinais (...)” (Ibidem, p. 417). Desta maneira, eles podem e são facilmente substituídos por máquinas e outros trabalhadores em lugares com custos mais baixos.

“Embora, no conjunto, sejam imprescindíveis, ao processo produtivo, individualmente esses trabalhadores são dispensáveis, pois o valor agregado de cada um deles representa uma pequena fração do que é gerado pela e para a organização. Máquinas e mão-de-obra genérica de várias origens e locais coabitam os mesmos circuitos subservientes do sistema de produção”(CASTELLS, p. 418).

Frente a um mundo globalizado, tecnológico, rápido, informacional e individualizado, o trabalhador se vê imerso na necessidade cada vez mais de se qualificar, se reinventar e de se atualizar. Logicamente, um sem número desses trabalhadores não consegue acompanhar a nova necessidade do mercado. Frente ao processo de individualização, a culpa recai sobre o próprio trabalhador que “não consegue acompanhar a constante e necessária atualização profissional. Com isso, ficam para trás na rodada de ‘enxugamento’ dessa camada intermediária, que constituiu a força das sociedades capitalistas avançadas durante a era industrial e agora se encolhe cada vez mais” (CASTELLS, 1999b, p. 421).

Segundo Castells (1999b), os trabalhadores genéricos são levados a circular por vários empregos, na maioria das vezes informais, sem vínculo e inseguros. Esta instabilidade dificulta ainda mais o acesso à educação, fazendo com que o trabalhador entre num ciclo que não mais consegue sair.

“A perda da relação estável a um nível mais alto de incidência de crises profundas na vida familiar: perda temporária de emprego, crises pessoais, doenças, vícios em drogas/álcool, perda da empregabilidade, perda de bens, perda de crédito. Muitas dessas crises ligam-se entre si, provocando a espiral descendente da exclusão social rumo ao que chamei de ‘os buracos negros do capitalismo informacional’ “(Idem, p. 421).

Este novo contexto do mercado de trabalho contemporâneo radicaliza ainda mais a desigualdade social existente, privilegiando, obviamente, quem tem a possibilidade de se qualificar de forma constante. E é ainda mais perverso ao responsabilizar o indivíduo por sua dificuldade de inserção ao trabalho (BAUMAN, 2001; BECK, 2011).

A despeito disso, ressaltam-se os dois aspectos dessa situação: da parte do trabalhador, a precarização das relações de trabalho, que gera desemprego, terceirização, subcontratação etc.; do lado do empregador, o resultado se manifesta em lucro e acumulação.

Os maiores consensos entre os quatro autores – Castells, Bauman, Beck e Castel – estão na evidente precarização do mundo do trabalho contemporâneo, na preocupação com a responsabilização do indivíduo e de como cada um deve aprender a conviver com suas ansiedades e preocupações de forma isolada.

Em suma, o trabalho contemporâneo caracteriza-se majoritariamente por contratos não regulamentados, por tempo parcial, pelo emprego por tempo determinado, pela subcontratação, pelas chamadas economias informais que englobam o trabalho autônomo. Essa é mais uma das características do processo de individualização refletida agora no mundo do trabalho. Seu produto é o aumento da precarização das relações de trabalho, o que não significa que na sociedade atual o trabalho perca sua centralidade. Ao contrário, ele se mantém como um dos vetores importantes na organização da sociedade, nas relações sociais entre indivíduos e grupo, mas se reconfigura de acordo com as características atuais (BAUMAN, 2001; CASTEL, 1998; CASTELLS, 1999).

Isso quer dizer que enfraquece sua importância na construção da identidade individual e coletiva (quando falamos de classe), privatiza os riscos e traz um sentimento ainda maior de incerteza e responsabilização individual. No lugar da proteção assegurada pelo trabalho, prevalece hoje o discurso liberal do empreendedorismo, que direciona com mais força a ideia de responsabilização do indivíduo sobre seu destino e êxito em sua vida profissional. O processo de individualização fragiliza os vínculos e suportes de proteção do trabalhador (Beck, 2011). Tais transformações impactam negativamente na forma com que essa categoria contribui para a inserção social dos indivíduos na sociedade contemporânea.

b. Precarização da sociabilidade primária

A sociabilidade primária para Castel (1998) é regida pelos vínculos estabelecidos na relação de proximidade, pertencimento e interdependência, ou seja, uma rede sem a mediação de uma instituição – Estado e políticas públicas. São os vínculos com a família, vizinhança, amigos, etc. São essas relações que garantem o suporte social necessário para o indivíduo sentir-se parte integrante da sociedade. Partiremos dessa definição.

Na sociedade moderna, os laços sociais mais fortes estavam centrados na família e na classe social; em suma, laços comunitários, um por sangue e outro pelo sentimento de pertencimento a um grupo (e.g. burguesia/proletariado). Esses dois pilares eram constitutivos na inserção social, na construção da identidade e no suporte social do indivíduo no mundo moderno. Uma das consequências para o processo de desfiliação, segundo Castel (1998), é a perda dos suportes sociais. Como já analisado no primeiro capítulo, os processos de individualização e do consumo influenciaram e flexibilizaram tais pilares, de forma que alteraram significativamente os modos de sociabilidade e a criação de laços sociais na sociedade contemporânea. Os impactos que se pretende analisar aqui são: a fragilidade dos laços comunitários e as transformações na categoria família.

Lipovetsky (2005a) afirma que a partir de um processo narcísico, onde o Eu se torna o objeto de investimento e o indivíduo se vê na busca constante da realização do seu *Ego*, os laços sociais se tornam cada vez mais frágeis na sociedade contemporânea. Consoante este autor, para Castel (1998) o processo de individualização faz com que o indivíduo se feche e esteja voltado para si mesmo. Tal como Lipovetsky (2005a), ele também lança mão da lenda de Narciso para constatar que ao voltar-se para dentro de si, o indivíduo tende a se confundir com sua própria imagem.

Dessa mesma perspectiva, Bauman (2004) demonstra que a fragilidade dos laços humanos na sociedade contemporânea está carregada de sentimentos de insegurança. Isto faz com que os indivíduos se relacionem, mutuamente, com desconfiança e temeridade ao estreitamento e prolongamento de vínculos. O que de fato ocorre é que, devido ao medo de assumir responsabilidades por parcerias mais prolongadas, tais relações são percebidas como ameaças à individualidade.

Nesse cenário, com o surgimento da internet 2.0, emergem as relações virtuais que se caracterizam por serem superficiais, partindo do pressuposto de que são interações frágeis, que não promovem contato físico, dificultam a intimidade. Tais relações, segundo Bauman (2004), promovem a ilusão da criação de laços afetivos, mas elas podem ser desfeitas com a mesma rapidez com que foram construídas.

Bauman (2001) aponta o surgimento de uma nova categoria de sociabilidade contemporânea, a que é utilizada nos “espaços públicos, mas não civis”. Para o autor, há um esvaziamento do espaço público e consequentemente um rebaixamento da integração política

na qual as preocupações e as motivações sociais estão limitadas aos interesses individuais e privados. Em suma, se há uma interação nos espaços públicos, esta dificilmente se dá por uma questão coletiva ou cívica.

É nesse sentido que, para o autor, há na atualidade um aniquilamento do conceito de “coisa” pública, porque a individualização produzida na contemporaneidade neoliberal leva o sujeito a não ver nenhum sentido na sociedade da qual faz parte. No dizer de Castel (1998), isto é percebido pela falta da recusa em não se engajar por medo de assumir responsabilidades e de construir laços sociais mais duradouras.

Ainda Bauman (2004), ao fazer uma crítica ao consumo, chama a atenção para o advento de apropriação de ideias e sentimentos pelo mercado, que os associa aos produtos destinados ao consumo. O autor enfatiza a apropriação dos laços humanos pelo mercado, que transforma em mercadorias a serem vendidas em suas prateleiras, como qualquer outro produto.

Segundo o autor, o mercado procura transformar os laços humanos em produtos postos à venda, transformando-os em objetos que podem ser comprados.

“Onde há chance de lucro – e os especialistas em marketing levam sua engenhosidade ao limite para indicar maneiras de adquirir em lojas a solidariedade, o sorriso amigo, o convívio ou a ajuda no momento de necessidade. (...) Em versão à venda, os vínculos se transformam em mercadorias, ou seja, são transformados para outro domínio, governados pelo mercado, e deixam de ser os tipos de vínculos capazes de satisfazer a necessidade de convívio e que só nesta podem ser concebidos e mantidos vivos” (BAUMAN, 2004, p. 91).

Ao transformar seres humanos e relacionamentos em produtos de consumo, os agenciadores capitalistas proporcionam a ampliação da precarização dos laços sociais, transformando-os segundo a lógica de mercado, que impõe uma velocidade cada vez maior no uso dos objetos e no seu descarte – imperativo da substituição frenética dos modelos mais novos disponíveis. Os laços humanos passam então a adquirir essa mesma característica, a de objetos descartáveis.

“O desvanecimento das habilidades de solidariedade é reforçado e acelerado pela tendência, inspirada no estilo de vida consumista, a tratar os outros seres humanos como objeto de consumo e julgá-los segundo o padrão desses objetos, pelo volume de prazer que provavelmente oferecem e em termos de seu ‘valor monetário’ (...) A solidariedade humana é a primeira baixa causada pelo triunfo do mercado consumidor” (BAUMAN, 2004, p. 96).

As relações humanas sofrem, assim, uma mutação se transformando em objetos de consumo, e nessa nova condição, assume novos atributos: utilidade, descartabilidade, durabilidade. O relacionamento social se converte em uma espécie de troca, ou seja, os sujeitos tomam atitudes a partir do que receberam ou baseados no que receberão e esquecem-se dos vínculos de solidariedade e amizade, transformando os laços afetivos em uma questão de interesse e troca. É a busca por gratificação instantânea e felicidade individual. Os indivíduos ficam imersos nas fantasias do consumo hedonista, não se preocupando com nada mais além do prazer momentâneo.

Em meio a esse cenário, a família, tal como ela se consolida na modernidade, também sofre transformações. Castells (2000) afirma que o modelo familiar patriarcal entrou em crise e, conseqüentemente, houve o crescimento de famílias chefiadas por mulheres, bem como a de outras configurações familiares diferentes do modelo patriarcal. É nesse sentido que Peruchi e Beirão (2007, p. 66) analisam: “O modelo patriarcal de família, caracterizado pelo arranjo composto por pai, mãe e filhos que convivem sob a égide da autoridade do primeiro sobre os demais, está em crise”. Tal crise vem em decorrência das lutas históricas de emancipação feminina e de conscientização da mulher em um contexto de transformação no mercado de trabalho.

As transformações da categoria família são movidas por vários processos que estão vinculados, dentre eles: o processo de individualização – já apresentado –, a emancipação da mulher no mercado de trabalho, o envelhecimento da população, a diminuição da taxa de natalidade e novos formatos familiares. É importante ressaltar que o processo de individualização está intimamente vinculado aos demais, ou melhor, ele é uma das causas dos demais processos.

Relativamente à emancipação da mulher no mercado de trabalho, segundo Silva et. al. (2014), nos últimos 50 anos, houve um crescimento da participação feminina. Tal fenômeno é explicado por uma combinação de fatores: o avanço da industrialização, o processo de urbanização e a queda das taxas de fecundidade. Para o entendimento das alterações familiares das últimas décadas, sem dúvida, exerce um papel primordial o acesso da mulher ao mercado de trabalho. Em decorrência, a estrutura familiar sofre as seguintes conseqüências: seu tamanho (pelo comportamento da fecundidade), sua hierarquia interna (uma maior presença da mulher como provedora) e tendência à desintegração dos laços familiares (mais autonomia da mulher).

O aumento da esperança de vida ao nascer, combinado à queda do nível geral de fecundidade, resulta no aumento da população idosa. O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial. Tal fenômeno é resultante, além da queda do número de filhos, da redução da mortalidade nas idades avançadas. A longevidade tem proporcionado a convivência intergeracional, encontrando-se até quatro gerações em uma mesma residência. Em contrapartida, esse fenômeno também tem trazido à tona a condição de muitos idosos sem o suporte familiar e em condição de vulnerabilidade social.

Para Villa (2012), recentemente as famílias são formadas por diversas estruturas: casais que já tiveram outros casamentos, pessoas que vivem só, pais com filhos adotivos, mães solteiras com seus filhos, casais que não possuem filhos, uniões homoafetivas, avós com netos, famílias expandidas, dentre outras. De acordo com a autora, os valores tradicionais associados à família, apoiados no princípio que atrelava a fatores como sexualidade, reprodução, casamento e manutenção da herança, passaram gradativamente a ser transformados na sociedade contemporânea. Não cabe mais denominar família apenas aquela formada a partir do casamento entre homem e mulher.

Em suma, diante desse cenário, tais processos apresentados acima transformaram a formação e a manutenção dos laços sociais primários na sociedade contemporânea. De certa maneira, é possível afirmar que hoje, da perspectiva de Bauman, Castel e Lipovetsky, eles estão mais frágeis, o que gera maior sentimento de insegurança nos indivíduos contemporâneos.

c. Estigma

Para essa definição, utilizaremos os conceitos emitidos pelo sociólogo Goffman (1978, p. 11) que faz referência ao uso da palavra estigma pelos gregos, definida como “sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem a apresentava”. Segundo o autor, “a sociedade estabelece os meios de categorizar os indivíduos e os atributos considerados comuns, aceitáveis e naturais dentro de cada uma dessas categorias”(Idem, 1978, p. 12). Criam-se categorias e grupos aos quais cada um pertence e, assim, formam-se as identidades sociais.

Segundo Goffman, o estigma é um atributo menos desejável que torna um indivíduo diferente, de maneira que “os normais” deixam de considerá-lo criatura comum e o reduz a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o

seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. Em sendo assim, a identidade real é o conjunto de atributos que uma pessoa prova ter, em contrapartida, a identidade virtual é o conjunto de atributos impostos pelos ditos normais a tal pessoa; é um estereótipo. Este último, portanto, embutirá um descrédito, formando o que o autor chamou de identidade social deteriorada. “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo (...)” (GOFFMAN, 1978, p. 13).

Goffman (1978) afirma que o estigma pode ocorrer devido a três circunstâncias: abominações do corpo, como as diversas deformidades físicas; culpa de caráter individual, como vaidade, desonestidade, crenças consideradas; e estigmas de raças, tribos, nação e religião. O sujeito estigmatizado tem sua capacidade de ação delimitada pela sociedade que indica o quanto de perigoso pode ele representar socialmente. O autor diz que a intensidade de visibilização das marcas do indivíduo estigmatizado dá o grau de dificuldades de reversão de sua imagem projetada e diferenciada pelos padrões aceitos de comportamento social.

Em suma, o estigma é uma construção social que delimita categorias e estereótipos considerados padrões segundo as normas sociais vigentes. O estigma dificulta a formação de laços sociais e o acesso ao mercado de trabalho, provocando o isolamento.

Explicitados os eixos que compõem a categoria exclusão social, cabe afirmar que é a presença dos três eixos em conjunto que ratifica o processo de exclusão social. A presença de um ou de dois evidencia graus de vulnerabilidade. O que não é menos importante, pois a presença destes pode levar à inserção em outros eixos e, assim, à exclusão.

Conclui-se, assim, que a inclusão social é uma ação política pela qual uma instituição, que pode ser pública (Estado), organização da sociedade civil e privada, visa a alterar um dado estado de exclusão social. Se ela visa a alterar a exclusão – que é composta de três dimensões desencadeadoras (precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e estigma) –, temos como pressuposto que essa ação deve então atacar essas causas para, assim, por fim ao estado de exclusão deste sujeito ou grupo.

CAPÍTULO 3: SAÚDE MENTAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO – A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O presente capítulo tem por objetivo analisar o processo de transformação do conceito de loucura em doença mental e as iniciativas de modificação dessas práticas institucionais no Brasil. Mais especificamente, serão analisados a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o conceito de desinstitucionalização em face dos novos paradigmas da saúde mental.

3.1. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA COMO DOENÇA MENTAL

O livro *A História da loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault (1999), é uma importante referência para entender o processo de transformação da percepção da loucura em doença mental e o encarceramento de seus portadores em manicômios. Em outros períodos históricos, como no Feudalismo, a experiência da loucura não tinha um caráter negativo que justificasse a exclusão social do indivíduo, pois o considerado louco era marcado com um signo divino e sua convivência era livre no seio daquela sociedade.

Foucault (1997) mostra-nos que o conceito de loucura, como doença mental, é uma construção social e assemelha-se à de outros males na história da humanidade. Na Idade Média, por exemplo, a lepra, segundo o autor, era vista como uma manifestação de Deus, uma marca de sua cólera. A prática da segregação dos indivíduos contaminados não tinha como objetivo suprimir a doença, mas apenas distanciar-se dela. Nesse ambiente social, os leprosos eram banidos das cidades e trancafiados em leprosários. Com o fim das Cruzadas, a incidência da lepra diminuiu, mas os preconceitos ligados aos leprosos permaneceram. Mais adiante, outros personagens, tais como os “pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas (...) assumirão o papel de abandono pelo lazareto” (FOUCAULT, 1997, p. 6) e tomarão o seu lugar.

No final do século 15, a loucura emerge e se torna mais evidente na paisagem europeia. Dentre os diversos costumes do Renascimento, efetivou-se o de confinar os loucos em navios e levá-los a outras cidades, assegurando sua ida para longe. Tornaram-se, assim, prisioneiros de sua própria partida e trânsito.

No decorrer do século 17, a loucura passa a ser retida nos hospitais gerais, após a criação, em 1656, dessas instituições, destinadas a conter todos os tipos indesejáveis, fossem portadores, ou não, de doenças mentais.

Dessa forma, a partir de 1676, na França, cada cidade passa a ter seu próprio hospital geral. Muitas dessas casas eram antigos leprosários reativados pelo clero ou por ordem do rei. Ao contrário do mundo medieval, em que a pobreza é santificada, na Renascença, pelos movimentos da Reforma, tanto pobres quanto ricos testemunham a vontade de Deus. O pobre, contudo, atesta a maldição divina, o que significa não ser mais possível socorrê-lo pela caridade. A miséria, então, precisava ser combatida, por ser um obstáculo à ordem. A prática de internamento nasce como uma medida de contenção dos pobres e desordeiros. Prostitutas, mendigos, crianças abandonadas, pervertidos e delinquentes eram os internos dos hospitais gerais europeus, que se constituíam, na verdade, em grandes albergues, sem oferta de tratamento médico.

Com efeito, para o pensamento moderno de produtividade do século 17, a preguiça ocupou o primeiro posto na hierarquia dos vícios, passando a ser considerada um pecado mortal para o progresso da sociedade. O trabalho apresentava-se, portanto, moralmente obrigatório. Nos períodos de crise econômica, a mendicância aumentava, e para controlar a tensão social, prendiam-se os ociosos, tidos como fonte de desordem. Os internos dos hospitais gerais eram todos os que, em relação à ordem dominante da razão, da moral e da sociedade burguesa, mostrassem indícios de inadequação. Foucault denominou esse processo de *O Grande Confinamento*, pois:

(...) o internamento adquire um novo sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que forem presos, fazendo-os servir com isso à prosperidade de todos (FOUCAULT, 1997, p. 67).

De acordo com Foucault, o trabalho forçado no interior dos hospitais gerais tinha por objetivo mais a repressão do que a produção, visto que a internação buscava administrar a moralidade e educar o ócio. A imposição da disciplina tornava os internos “submissos e exercitados, corpos dóceis” (FOUCAULT, 1997, p. 119).

Será, no entanto, no século 18 que se desenvolverá uma medicina clínica baseada no exame, no diagnóstico e na terapêutica individual como política de saúde. A nosopolítica,

portanto, emerge com a preocupação de manter a ordem social, fortemente ligada ao problema da saúde pública. Nesse momento, a concepção da loucura passa a ser atrelada à concepção de doença e desrazão, segundo os paradigmas racionais modernos. A loucura é, então, considerada a natureza perdida; a animalidade que representava a erupção da loucura, agora representa a felicidade natural reprimida pela civilização (Foucault, 1997).

É somente após a segunda metade do século 18 que acontece o isolamento dos então considerados doentes mentais nos asilos especialmente destinados ao tratamento da loucura. Nesse momento, o espaço social no qual se situa a loucura vê-se, assim, transformado com a possibilidade do tratamento da doença mental. É o efeito de um movimento que lutou pela criação de hospitais psiquiátricos e ficou conhecido como movimento alienista. Propunha um tratamento moral em que o doente mental, portador de uma localizada desordem interna, seria recolhido a um asilo. Este deveria apresentar características na sua constituição física (organização e modo de funcionamento) que possibilitassem restabelecer o equilíbrio dos doentes mentais. Tal como a desordem não existe sem a ordem, o hospital psiquiátrico e a psiquiatria não existiam um sem o outro (Foucault, 1997).

Os médicos alegavam que os doentes deveriam ser confinados, pois, recebendo tratamento adequado, suas faculdades intelectuais seriam restauradas e seu comportamento retificado. Uma vez atingido esse ideal, poderiam ser devolvidos à sociedade. Nota-se, assim, que a teoria do confinamento, expressa por Foucault, apoia-se na percepção da divisão entre a razão e o delírio.

Em suma, a institucionalização da psiquiatria no mundo ocidental se deu no contexto do advento do Iluminismo, onde a pressuposta irracionalidade manifestada pelos loucos era vista como perturbadora da ordem e deveria ser contida e corrigida. Tendo surgido na França, após a Revolução Francesa, o tratamento psiquiátrico fazia parte dos planos da nova sociedade contratual. Em meio a esse cenário, a racionalidade era considerada a única possibilidade de construção de conhecimento e organização social.

A nova ordem jurídica institucional vigente determinava novas funções para o Estado. É nesse contexto que emerge a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A cidadania era um atributo dos iguais, racionais e normais, o que excluía os loucos despossuídos de razão de participarem das decisões sociais. É nesse pano de fundo que

emerge o primeiro paradoxo entre a loucura e a condição de cidadão. Historicamente, segundo Birman (1992), esse paradoxo estabeleceu-se com o advento da Revolução Francesa, visto que o reconhecimento da condição de cidadania plena e direito social (liberdade, igualdade e fraternidade) não englobava os doentes mentais, já que estes não eram munidos de racionalidade e deveriam ser assistidos pelo Estado. Assim, o louco inscreveu-se na nova ordem política como um ser destituído de razão.

Sendo, portanto, representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo, conseqüentemente, ser representado como um sujeito do contrato social (Birman, 1992, p. 74).

Em consonância com Birman, Amarante (2009) afirma que a loucura, entendida como alienação, não significava ausência de razão, mas sim uma contradição na razão que impossibilitaria seu exercício. Desse modo, o alienado seria aquele em cuja razão existisse tal contradição. Impossibilitado do exercício da razão, o alienado era incapaz de julgar, decidir, discernir, etc. Dentro dos marcos do racionalismo, a liberdade e a cidadania implicavam o direito de possibilidade de escolha racional, o que automaticamente excluía o então considerado alienado. Posto isso, pode-se afirmar que a exclusão do portador de transtorno psíquico do universo da cidadania estava dentro dos marcos da modernidade.

O período entre 1800 e 1830, segundo Foucault (2006), é o momento em que a psiquiatria se firma como especialidade do domínio médico. A medicina clínica, naquele momento, constituía-se em modelos epistemológicos de verdades médicas, a partir da observação, juntando-se à fisiologia e à biologia. Há um grande desenvolvimento das nosografias, etiologias das doenças mentais e pesquisas anatomopatológicas sobre as correlações orgânicas possíveis da doença mental, juntamente com a afirmação de que o indivíduo louco necessita de uma direção.

É a partir do século 19 que o saber psiquiátrico atingiu as dimensões que Foucault denominou institucionalização da psiquiatria, edificando mais uma instituição disciplinar:

Com isso entendo nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral, vêm, no último nível, tocar os corpos, agir

sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes conceituais trabalham, modificam, dirigem o que Servam chamou de fibras moles dos cérebros (FOUCAULT, 2006, p. 50).

A psiquiatria clássica reinou entre 1850 e 1940, com um discurso que fazia funcionar como verdadeiras as necessidades de instituições asilares e de um poder médico no interior dessas instituições, como lei eficaz e incontestável.

No período pós Segunda Guerra Mundial, surgiram na Europa e nos Estados Unidos os primeiros movimentos que buscavam transformar o modelo psiquiátrico vigente. Com a reconstrução dos países no fim da guerra, os hospitais psiquiátricos passaram a sofrer críticas devido ao seu tratamento excludente e violento e, em alguns casos, eram comparados aos campos de concentração nazistas. Diante disso, surgiram algumas iniciativas de modificação das práticas institucionais. É possível dividir tais iniciativas em dois grupos: os que pensaram o redimensionamento dos campos teórico-assistenciais da psiquiatria e os que romperam com as estruturas asilares.

As ações do primeiro grupo, segundo Amarante (1998), podem ser divididas em dois grandes momentos. Inicialmente, estabeleceu-se um processo de crítica à estrutura asilar, devido à alta taxa de cronificação, mas ainda acreditava-se que o manicômio era uma instituição de cura e propunha o resgate das características positivas por meio de uma reforma da organização psiquiátrica. Têm destaque, aqui, os movimentos como as comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e a psicoterapia institucional (França). O outro momento acreditava que o tratamento psiquiátrico se estendia ao espaço público e, portanto, era necessário organizá-lo com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. Destacam-se, aqui, os movimentos da psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria preventista ou comunitária (EUA).

O segundo grupo, voltado aos movimentos da antipsiquiatria e da psiquiatria na tradição basagliana, rompeu com as estruturas asilares e psiquiátricas. A antipsiquiatria teve origem na Inglaterra na década de 1960, com os precursores Ronald Laing e David Cooper, a partir da contestação do saber psiquiátrico e de uma sociedade excludente. Segundo Amarante (1998), a antipsiquiatria buscava um diálogo entre a razão e a loucura, denunciando a cronificação do paciente no tratamento asilar.

O movimento de desinstitucionalização na Itália surge, também, a partir da década de 1960, com base na crítica aos hospitais psiquiátricos, vistos como instrumentos de violência e exclusão social, articulados ao modo de organização social. Basaglia (1974), precursor do movimento, lutou pela desconstrução dos hospitais psiquiátricos, denominando-os “instituições da violência”, dado que, no âmbito dessas instituições, a violência e a exclusão eram – e são – justificadas como necessárias, em função de sua finalidade educativa. Essa proposta de desconstrução do saber psiquiátrico recebeu influência dos trabalhos de Goffman e Foucault.

Se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do doente mental quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradição (BASAGLIA, 1974, p. 124).

Em síntese, esse segundo grupo critica a epistemologia e a fenomenologia constitutiva do saber e das práticas psiquiátricas e busca desconstruir suas instituições e práticas.

3.2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Brasil reproduziu o modelo hospitalocêntrico europeu do século 19. Os hospitais que eram administrados pelas Santas Casas de Misericórdias tinham como gestores a Igreja Católica. O Hospício Pedro II, inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, nasceu como resposta ao número crescente de pessoas ociosas que circulavam pelas ruas da capital e que eram consideradas loucas. Assim, tal como os asilos europeus, pode-se afirmar que aquele tinha como objetivo implícito assegurar a exclusão das pessoas denominadas improdutivas das ruas das cidades (TUNDIS & COSTA, 1987).

Esse novo segmento social, tido como não trabalhador e subversivo da ordem social, passou a ser visto como obstáculo ao crescimento econômico do país. Os “insanos”, internados nas santas casas de misericórdia ou em asilos sob sua administração, eram subdivididos em categorias como perigosos, criminosos, condenados e alienados comuns. Não recebiam qualquer tratamento médico, sendo, muitas vezes, acorrentados às camas quando se encontravam agitados (TUNDIS & COSTA, 1987, p. 31).

No decorrer da década de 1870, fortemente influenciadas pelos discursos dos alienistas franceses, surgem vozes dentre os médicos brasileiros que ecoam o pedido de criação, no curso de medicina, de um campo especializado no estudo da alienação mental. Em 30 de junho de 1878, o presidente da Academia Imperial de Medicina, Dr. José Pereira Rego, pronunciou um discurso em que reforçava a necessidade de estudos sobre a alienação. Como justificativa, enfatizou que a área jurídica precisava avaliar a presença ou ausência da alienação mental em criminosos, pois, como destaca Engel (2001, p. 16):

Se a responsabilidade de um fato criminoso é sempre uma questão grave, muito mais o é em face das presunções de ser o crime praticado por um louco; por isso que o desconhecimento dessa circunstância, por falta de convenientes pesquisas, pode dar lugar à imposição penal a homens que aparentem estar em condições normais da inteligência, mas que estão realmente loucos, e que, portanto, não podem ser responsáveis dos crimes e delitos que têm praticado, porque para sua execução não gozam de livre arbítrio.

A importância da criação de um curso de psiquiatria aparece na paisagem médica brasileira, portanto, aliada à necessidade de transformar o asilo em local de produção de saber sobre a loucura e de aprofundamento dos estudos sobre a avaliação da loucura. Machado de Assis, em *O Alienista*, já mostrava que a psiquiatria era uma área ainda pouco conhecida:

O nosso médico mergulhou inteiramente no estudo e na prática da medicina. Foi então que um dos recantos desta lhe chamou especialmente a atenção, – o recanto psíquico, o exame de patologia cerebral. Não havia na colônia, e ainda no reino, uma só autoridade em semelhante matéria, mal explorada, ou quase inexplorada (ASSIS, 2002, p. 4).

Verifica-se, também, que a formalização da psiquiatria como área médica esteve intimamente vinculada à perspectiva de detectar a fronteira do território demarcado entre o crime e a loucura, assegurando o controle da avaliação pela área médica.

O Poder Legislativo aprovou a criação das cadeiras de psiquiatria no sétimo ano do curso de medicina, no decorrer da década de 1870. À medida que a psiquiatria se consolidava como saber especializado no Brasil, os estudos acerca das diversas formas de manifestação da loucura ganhavam espaço na academia médica (ENGEL, 2001).

Influenciados pela teoria da degeneração de Jacques Joseph Valentin Magman, a partir do início do século 20, os psiquiatras brasileiros se debruçaram sobre os limites da normalidade e anormalidade e suas classificações. Em 1904 foi publicado o primeiro manual

de psiquiatria forense no Brasil, elaborado pelo psiquiatra paulista Francisco Franco da Rocha. Segundo sua formulação teórica, os indivíduos predispostos à loucura apresentavam um desvio que os inclinava à alienação, tornando-se, portanto, possíveis degenerados. Eram considerados fronteiriços e, por isso, não podiam ser considerados normais, nem alienados (CARRARA, 1998).

O médico Nina Rodrigues (1899), fortemente influenciado pelas teorias deterministas e positivistas de Cesare Lombroso, afirmava que raças inferiores, como a dos negros, eram portadoras de tendências natas à impulsividade, à imoralidade e ao crime. O mestiço, segundo sua linha teórica, resultava na degeneração da raça branca. Dessa perspectiva, a pureza das raças seria a solução para o controle da imoralidade e das infrações no Brasil. A estrutura do aprisionamento emergiu como uma resposta ao anseio científico ligado à punição (CARRARA, 1998).

Nos anos seguintes, novas instituições psiquiátricas continuaram a surgir em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. O hospital psiquiátrico de Juquery, localizado no município de Franco da Rocha, em São Paulo, chegou a ser considerado um modelo de assistência psiquiátrica. A capacidade dos leitos do Juquery, que na época de sua criação (1898) era de 800 leitos, em pouco tempo superou seu limite, pois se em 1901 comportava 509 internos, em 1912 esse número atingiu 1.250 internos e, em 1950, 12 mil internos (LANCMAN, 1988; CUNHA, 1988).

No final dos anos de 1950, a situação nos hospitais psiquiátricos brasileiros era de superlotação, deficiência de trabalhadores, maus-tratos, falta de vestuário e alimentos e péssimas condições físicas.

A década de 1960 é marcada pelo golpe militar em 1964, e nesse período a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. Já a assistência à saúde mental, entre os anos 1960 e 1970, caracterizou-se pelo que se pode denominar de indústria da loucura. Essas instituições, legitimadas por um discurso preventista, utilizaram métodos de busca e internamento de pessoas para abastecerem os hospitais, fazendo, assim, prosperar as rendosas clínicas de repouso.

De acordo com Cunha (2004, p. 93), nos anos seguintes ocorreu um aumento do número de hospitais psiquiátricos e de leitos contratados pelo Estado: em 1971 eram 72 hospitais públicos e 269 privados, com 80 mil leitos; e em 1981, 73 hospitais públicos e 357 privados, chegando a 100 mil leitos.

3.3. A REDEMOCRATIZAÇÃO E A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

O processo político-institucional iniciado com o golpe militar de 1964 fez com que o Brasil, na década de 1970, ainda estivesse mergulhado em um regime autoritário de exceção. A opressão havia emudecido ou eliminado os canais de manifestações e impedia qualquer prática democrática.

Nesse contexto, na segunda metade dos anos 70, surgem nas grandes cidades, principalmente nas periferias, movimentos sociais de luta pela redemocratização e de conquista por melhores condições de vida. A identificação de interesses coletivos comuns possibilita uma organização a partir de temas importantes para as necessidades de sobrevivência cotidiana, como: custo de vida, transporte, moradia, saneamento básico e saúde. Como afirma Yasui (2006), esses novos sujeitos históricos se tornaram interlocutores no processo de reconstrução da cidadania, possibilitando a conquista de espaços políticos para reivindicar e exigir direitos do Estado, acelerando a transição democrática.

Dessa forma, é nesse cenário de busca pela democratização que surge a Reforma Sanitária, propondo a transformação das condições de saúde da população e criticando um modelo assistencial da saúde cheio de contradições e injustiças.

(...) Pensar o trabalho e a formação na saúde e enfrentar o pensamento autoritário. Essa grande questão deu origem ao movimento de medicina social, de saúde coletiva dentro dos departamentos de medicina preventiva que começaram a produzir reflexões e a realizar denúncias das contradições entre ditadura, pensamento autoritário e saúde no seu sentido mais amplo. (...) Era preciso pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Também não era possível pensar no campo da saúde, apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica em pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social (Yasui, 2006, p. 24-25).

Em consonância com Yasui, Ianni et al. (2014, p. 2299) afirma que a Reforma Sanitária foi um movimento social pautado em um “(...) um conjunto de ideias sobre as mudanças e transformações necessárias na área da saúde (...) direcionado à democracia, ao amplo acesso aos serviços de saúde e preocupada com a exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, que eram tomadas exclusivamente pelos governos autoritários”. Sendo assim, iniciado no período de transição democrática, nos anos 70, o movimento sanitarista luta não apenas por reformas da saúde, mas também contra a o regime militar.

Uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime (LOBATO, 2000, p.17).

A expressão Reforma Sanitária foi usada, pela primeira vez no país, nos debates prévios à VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Os participantes dessa Conferência utilizaram o termo Reforma Sanitária para nomear um movimento que luta por mudanças e transformações no setor saúde, a partir da compreensão de que a reforma é consequência da melhoria das condições de vida da população. Esse movimento social surgiu na esteira da luta contra a ditadura e contou com participantes de diferentes setores da sociedade, como profissionais dos serviços públicos, professores e estudantes das universidades, integrantes do movimento sindical e lideranças do novo movimento urbano que apostavam na saúde como direito social e no desenvolvimento da cidadania do Estado Moderno (Teixeira, 1989). Dessa forma, entender saúde como bem público implicava a universalização do direito à saúde.

A Reforma Sanitária almejava um regime democrático, que consolidasse a cidadania no país, junto com um modelo de proteção social que garantisse o direito à saúde integral. Gastão (2007, p. 1869) afirma que:

O movimento sanitário articulou-se também para o ‘lado’ e para ‘cima’. Ainda durante os anos oitenta, participantes do movimento aproximaram-se de políticos, deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema (...) a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, e o trabalho na saúde era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que juntava ‘saúde e democracia’.

Buscavam também, além da reforma na saúde, a conscientização e a politização de camadas populares e dos trabalhadores de saúde:

(...) com o passar do tempo, esse movimento, com forte componente ‘instrumental’ (...) – muitos o pensavam como um ‘meio’ para fazer política junto ao povo e dentro de instituições – encontrou-se com outros sujeitos sociais, gente da universidade, de organismos internacionais, dos serviços de saúde, e operou-se uma síntese, teórico-prática, que constituiria o arcabouço do SUS (...) (GASTÃO, 2007, p. 1.869).

A VIII CNS contou, em 1986, com mais de cinco mil representantes e conseguiu unificar as diversas tendências políticas representadas pelos inúmeros grupos que discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, além de garantir, na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Com isso, o movimento sanitário chega ao processo constituinte com algumas proposições concretas:

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde (...) (ENSP, s/d).

Segundo Paim (2007), a democratização da saúde ia além da formulação de uma política nacional de saúde. Significava a revisão crítica de concepção, paradigma e técnicas da saúde, da relação do Estado com a sociedade. A Reforma Sanitária provocava uma reflexão buscando superar o modelo vigente de organização de serviços de saúde. Foram levantados conceitos e concepções desenvolvidos na Saúde Coletiva, tais como determinantes sociais da saúde, humanização dos serviços de saúde, promoção da saúde, consciência sanitária e política de saúde intersetorial.

O Movimento da Reforma Sanitária, juntamente com todo o movimento em prol da redemocratização do Brasil, teve grande influência na Assembleia Constituinte Brasileira de 1988, com resultados bastante promissores, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal, em sua Seção II da Saúde, definem saúde como “direito de todos” e “dever do Estado”¹². Trata-se de uma questão de relevância pública, que deve ser regulamentada fiscalizada e controlada pelo Poder Público, com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essas ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um Sistema Único, com os seguintes princípios e diretrizes:

- princípios: saúde como direito, universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização no atendimento e participação;
- diretrizes: descentralização, hierarquização, regionalização, financiamento e controle social.

Foi constituído um complexo sistema interdependente que compreende as instituições públicas do Poder Executivo em seus três níveis de governo (União, Estados e Distrito Federal, e Municípios).

É importante ressaltar que, nesse sistema, a descentralização e a municipalização adquirem grande importância, passando o Município a se responsabilizar por poderes e ações outrora referenciados aos Estados e à União. A valorização do território, a municipalização e o controle social são diretrizes que vêm ao encontro da luta pela organização da sociedade e pela conquista de cidadania da Reforma Sanitária. Dessa maneira, foram implantados conselhos populares, organismos que visam à participação da sociedade civil.

Enfim, a Reforma Sanitária foi o resultante de um movimento político da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo modelo de saúde pública. Segundo Paim (2007, p. 151),

(...) a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do

¹² Art. 196 da Constituição Federal, 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Em consonância com esse processo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge a partir da mobilização dos trabalhadores da saúde mental e começa a trilhar um caminho muito próximo, unindo-se à luta pela redemocratização.

3.4. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Ao atrair para sua luta tanto os diversos setores da saúde mental (profissionais, familiares e associações de usuários), além de outras categorias profissionais (jornalistas, intelectuais, estudantes e artistas), a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental no Brasil e, sobretudo, lutar contra as instituições psiquiátricas e sua forma de produzir a exclusão social.

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica (RP) também, se configura, não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2006, p. 26).

A Reforma Psiquiátrica objetivou questionar e elaborar propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica. No Brasil, de acordo com Amarante (1998), ela se inseriu no âmbito da luta pela redemocratização, iniciada na década de 1970, com a formação do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituído principalmente pelo Movimento do Trabalhador em Saúde Mental (MTSM).

Segundo Amarante (1992), a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores socioculturais no cotidiano da vida, das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Tem na superação da estrutura

física e ideológica do hospital psiquiátrico seu principal objetivo. Busca, na desconstrução da lógica manicomial, superar a violência institucional e criar um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade de exercer a cidadania por meio da reinserção social.

A história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um seqüestro de identidades e cidadania, de um processo de medicalização social, de discriminação, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia a violência (AMARANTE in LANCETTI, 1992, p. 104).

Segundo Rotelli (1990), os processos da Reforma Psiquiátrica penetram em vários campos do cenário social: no campo teórico-conceitual, que engloba a desconstrução e a reconstrução da epistemologia psiquiátrica; no campo técnico-assistencial, voltado para a criação de serviços e práticas de acolhimento e cuidados – mas não restrito a isso –, associado também à construção de espaços de sociabilidade, de trocas e agenciamento de subjetividades; no campo jurídico-político, que envolve a dimensão do exercício da cidadania dos sujeitos; e no campo sociocultural, que comporta as mudanças sociais.

Em 1979, o Brasil recebeu a visita do psiquiatra Franco Basaglia, cujo discurso sobre a desinstitucionalização do aparato psiquiátrico repercutiu no meio social e político, que passava por contestações e desejos de mudança de uma sociedade que vivia um processo de abertura após anos de regime ditatorial. Nesse contexto, uma série de denúncias da violência existente nos manicômios são comparadas às denúncias de torturas sofridas por presos políticos durante o regime militar no Brasil.

A problemática da saúde assumiu importância singular ao denunciar o caráter autoritário do Estado em suas políticas sociais. O MTSM engajou-se nesse movimento, que forneceu ensejo a projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública, identificando a saúde como um dos direitos sociais.

A precariedade das condições de trabalho e o abandono em que se encontravam os pacientes fazem com que os trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão pertencente ao Ministério da Saúde, responsável por políticas de saúde mental, entrem em greve em abril de 1978. A paralisação provocou a demissão de 260 funcionários e estagiários, que denunciaram as condições desumanas existentes nos hospitais psiquiátricos.

O movimento trouxe a público os maus-tratos a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos brasileiros e constituiu-se em um espaço para debates sobre a organização institucional, objetivando reivindicar melhores condições de trabalho e capacitar profissionais, formular uma crítica à política de privatização do setor da saúde, bem como articular e organizar a defesa de um melhor tratamento aos pacientes psiquiátricos.

Amarante (1998) divide a trajetória do MTSM em três fases:

Alternativa – essa fase é o início do movimento, que ocorre no final da década de 70 e, como já foi dito, coincide com o princípio do processo de redemocratização do país. É um período muito influenciado pelas teorias de Foucault, Goffman, Castel e Bastide, quando começa a se delinear um pensamento crítico em relação à função social da Psiquiatria.

Sanitarista – essa trajetória se inicia na década de 80 e se caracteriza pelo abandono das propostas iniciais do MTSM, que reconhecia a medicina como um dispositivo de controle social, opondo-se à concepção da existência de uma ciência neutra. Em suma, o movimento assume uma postura menos crítica ao enfatizar a ideia de uma articulação entre a medicina, o planejamento público e a administração pública. Com essa perspectiva, o movimento vai ganhando força e realiza em 1983, em Belo Horizonte (MG), o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria e, posteriormente, em 1985, em São Paulo (SP), o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo. .

Desinstitucionalização – a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, é apontada como o fim da trajetória sanitaria e o início da desinstitucionalização. Nesse período, ocorre uma renovação teórica e política dentro do movimento, que procura formas de organização mais independentes, distanciando-se do Estado e aproximando-se da sociedade civil, estimulando sobretudo a participação e a organização de entidades formadas por usuários e familiares.

Durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental¹³, em 1987, o MTSM realizou encontros paralelos para discutir novos caminhos nas políticas de saúde mental, tendo em vista o esgotamento da participação de órgãos públicos. Desses debates, emergiu o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental.

¹³ Os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental serão analisados no Capítulo 4 desta tese.

No mesmo ano decidiu-se realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), com o lema *Por uma Sociedade sem Manicômio*. Surge, desse encontro, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)¹⁴, que propõe a ampliação de seus princípios e a participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente dos usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares.

O MNLA, ao se constituir como um movimento social, não se filia a nenhuma corrente teórica, evitando dar voz a concepções subjetivas e psicologizantes dos pacientes psiquiátricos. Assume uma postura independente de denúncia da psiquiatralização e institucionalização dos manicômios, que amplia, assim, seus princípios e a participação de outros segmentos da sociedade civil, em especial os usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares.

Como afirma Amarante (1995), o objetivo da Reforma Psiquiátrica é o processo de reabilitação do doente mental no âmbito extra-hospitalar, com a ampliação de sua autonomia no meio social, buscando, assim, uma mudança nas formas de lidar com a loucura.

No final da década de 1980, período de grandes mudanças no quadro político nacional, assiste-se ao início da construção de redes de serviços inseridas no Sistema Único de Saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em São Paulo, e os Núcleos de Assistência Psicossocial (Naps), consolidando a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio.

A década de 1990 foi marcada pela Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992.

¹⁴ O MNLA parte do princípio de que o termo manicomial não diz respeito unicamente à instituição hospital psiquiátrico, mas se estende ao funcionamento social que sustenta tal instituição, assim como as relações de exclusão e estigma. Opõe-se à exploração do sistema capitalista que reproduz a exclusão e a marginalização de uma parte da camada social, administradas a partir de um conjunto de dispositivos disciplinares que inclui os manicômios e as prisões. Nesse sentido, a crítica toma como um todo a cultura manicomial que permeia não apenas hospitais psiquiátricos, mas também instituições como escolas, fábricas e presídios, ou seja, instituições que moldam o comportamento dos indivíduos segundo os padrões sociais, objetivando torná-los dóceis e úteis.

Em 1993, foram realizados o I Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador (BA) – que reafirma os princípios básicos de sua independência, de caráter não partidário e de manutenção de distanciamento em relação ao aparelho estatal – e o III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, em Santos – que culminou com a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental. Essa carta analisa os direitos gerais na sociedade, necessários para uma vida plena – como os de assistência e de participação do usuário nas decisões do tratamento e dos serviços –, reivindica o fim das terapêuticas involuntárias e violentas, e apresenta moções que demonstram uma tomada de posição quanto a vários aspectos relativos a assistência e política (SOALHEIRO, 2003, p. 32).

Em 2001, o Congresso Brasileiro aprovou o Projeto de Lei n. 3.657/89, transformado na Lei n. 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, propondo que tais instituições sejam substituídas gradativamente por formas de tratamento extra-hospitalares. Como justificativa, alegava:

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer [...] A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção (BRASIL, 1989, p. 11).

Em 2003 é instituído um importante projeto pela Lei Federal n. 10.708, o Programa de Volta para a Casa, voltado a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas – em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Essa lei dispõe sobre o auxílio à reabilitação psicossocial, assim, além de introduzir o ex-interno em rede de assistência extra-hospitalar, estipula um pagamento mensal de auxílio-pecuniário ao beneficiário ou ao representante legal, com duração de um ano, com a possibilidade de ser renovado.

Cabe ressaltar que o cerne do contexto desta tese é uma das políticas públicas de saúde mental, mais especificadamente a desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Entende-se aqui que a “política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (SECCHI, 2014, p. 2). Partiremos de uma abordagem da vertente multicêntrica das políticas públicas, segundo a qual, por mais que o Estado esteja no centro e detenha a exclusividade de criar instrumentos legais e punitivos, há ações não governamentais com o intuito de enfrentar problemas de relevância coletiva que também devem ser consideradas políticas públicas. Em suma, segundo Sechhi, a política pública comporta ações do Estado e da sociedade civil. Para que essa distinção fique clara, faremos uma separação:

- Política governamental – são ações exclusivas de entes do governo, que podem ser das três esferas de poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário.
- Política pública – pode englobar ações estatais e da sociedade civil.

Essa distinção é importante para compreender que não esgotaremos aqui a política pública de saúde mental na Lei 10.216, mas a consideraremos uma política governamental da área.

No princípio, esse movimento pela Reforma Psiquiátrica era formado basicamente por trabalhadores da área, mas depois se ampliou com a participação dos familiares, usuários e da sociedade civil como um todo. Surgiram então outros movimentos, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)¹⁵ – com propostas mais amplas e por vezes contrárias. Em suma, o movimento pela transformação da política de saúde mental foi e é complexo, e envolve vários atores que, por vezes, não se entendem, mas possuem ao menos três objetivos em comum: a reforma do modelo de saúde mental centrado na psiquiatria, a não exclusão do sujeito em sofrimento psíquico e a garantia de seus direitos como cidadão¹⁶. Por meio de conferências e encontros conseguiram incluir na agenda política a pauta da reforma psiquiátrica e, assim, a promulgação da lei que instituiu uma nova política governamental na área de saúde mental.

Entretanto, é importante frisar que a Lei n. 10.216 não responde a todas as bandeiras de luta do movimento. É claro que ela – e as legislações posteriores para a garantia de sua

¹⁵ Sobre as características do MNLA, ver nota de rodapé 18.

¹⁶ Segundo Gohn (2008), um movimento social não apresenta apenas uma identidade política, esta pode variar conforme contextos e conjunturas dos momentos históricos sociais e, assim, mudar, pois há aprendizagem que gera nova consciência de interesses individuais e coletivos. Tais sujeitos dos movimentos sociais aprendem novas formas de conceber sua realidade e fazem leituras do mundo. Portanto, identificam-se com projetos distintos ou similares e, assim, podem engajar-se nas ações coletivas.

implantação – foi uma grande conquista, mas também é necessário ressaltar que ela garantiu¹⁷ apenas um dos objetivos: a reorientação do serviço de saúde mental. Falta ainda lutar pela efetiva inclusão social e pelo resgate da cidadania desses sujeitos, debate que será aprofundado no Capítulo 5.

3.5. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL

Segundo Amarante (1998), a práxis institucionalizante, como herança do modelo clássico de psiquiatria, inaugurado por Pinel, e dos demais ideais burgueses em ascensão, afirma sua prática em um modelo baseado na exclusão social, com justificativa para um possível tratamento das enfermidades mentais. Como foi possível perceber na primeira parte deste capítulo, Foucault (1997) evidencia que o processo histórico de institucionalização do então considerado doente mental esteve vinculado à passagem do modelo mercantilista de produção. Tal evidência foi fortalecida pelos ideais burgueses de produtividade, cujos pressupostos da exclusão social giravam em torno da indisciplina, da irrecuperabilidade e da periculosidade. Em consonância com esse panorama, Rotelli (1990) conclui que a institucionalização se configura por meio da criminalização da loucura, o que passou a ser, posteriormente, perpetuado pelo discurso médico.

Para Rotelli, a desinstitucionalização contesta as práticas psiquiátricas tradicionais, que têm na internação seu principal modelo terapêutico. Esse modelo parte de um discurso organicista e de um paradigma racionalista focado no problema-solução que reforçam seu papel de controle social.

(...) O manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerentemente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteiras com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência (ROTELLI, 1990, p. 26-27).

¹⁷ É necessário frisar que o termo “garantiu” vale apenas como objetivo amplo em termos de legislação, pois ainda hoje há vários hospitais psiquiátricos abertos e com políticas contrárias à Lei federal n. 10.216/01. Só no Estado de São Paulo havia, em 2014, 4.439 indivíduos morando em hospitais psiquiátricos, e 75% dessa população está há mais de 10 anos nessa situação (CAYRES, 2015).

Não se pode desconsiderar que tanto o discurso quanto a prática médica acabaram por influenciar diretamente a representação social da loucura no imaginário coletivo, sustentando uma exigência social de suposta necessidade de controlar a doença mental e até mesmo excluí-la. Essa visão sobre a loucura foi disseminada historicamente pela cultura dos hospícios, que promoveu o sentimento de medo e desconfiança ao associar a loucura a periculosidade, doença, anormalidade e desrazão. E são essas associações que devem ser quebradas para uma efetiva desinstitucionalização.

Segundo Rotelli, a desinstitucionalização não pode ser restringida a uma mera desospitalização, ou seja, uma política de altas hospitalares, redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos. Ela ultrapassa a prática de desospitalização, buscando transformar o modelo do sistema de saúde mental, de forma a romper com o predomínio da cultura do modelo segregacionista clássico da psiquiatria, no qual o manicômio constitui a única resposta ao sofrimento psíquico. A desinstitucionalização, entendida apenas como desospitalização, pode implicar o abandono desses sujeitos ou mesmo produzir uma transtitucionalização, ou seja, gerar novas formas de institucionalização em albergues e casas de repouso. São novas formas de internação que levam a práticas segregativas.

Nesse sentido, Rotelli (idem, p. 28) afirma que o primeiro passo para a desinstitucionalização é o desmonte da relação problema-solução, “(...) renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida”. A proposta é a mudança do olhar.

(...) A partir da observação do manicômio (e não é assim também, em muitos sentidos, para o hospital geral?) se torna evidente que na relação que liga o problema à solução é a solução que formula o problema, no sentido de que é ela que lhe dá nome e forma (ibidem, p. 29).

É por esse motivo que, segundo o autor, o primeiro passo para a desinstitucionalização consiste em não mais enfrentar a etimologia da doença, mas sim encarar o que é então considerado doença mental como forma de existência e expressão. A mudança dessa ótica está na reorientação da ação terapêutica, o que não significa renunciar o *tratar* e o *cuidar*, mas sim construir uma nova forma de lidar com essa realidade.

Concretamente se transforma os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto

complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI, 1990, p. 29).

Dessa forma, pode-se concluir que o objeto de intervenção desloca-se assim da cura para a existência de sofrimento do sujeito e sua relação com o corpo social. A ênfase terá de ser dada na produção de vida e no sentido de sociabilidade. O processo de desinstitucionalização ultrapassa a desospitalização e torna-se também a reconstrução do objeto da saúde mental. “A ênfase não é mais no processo da cura mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (idem, p. 30).

A desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho terapêutico voltado para a emancipação e a reconstituição social desses indivíduos, como sujeitos em sofrimento, que se relacionam com o social, que têm voz, desejos e direitos. Para tanto, é necessário eliminar os meios de contenção (que são as instituições manicomiais),

(...) produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ibidem, p. 33).

Isso quer dizer que é necessário criar um novo lugar social para a loucura, uma nova forma de sociabilidade que rompe com o estigma criado pelo paradigma da psiquiatria clássica de periculosidade, de anormalidade e exclusão.

(...) é necessário desconstruir não apenas as instituições manicomiais, mas também as ideias, as noções e os preconceitos que acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la.

A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto (ROTELLI, 1990, p. 91).

Amarante (1998), ressaltando o pensamento de Franco Basaglia e em consonância com Rotelli (1990), diz que é preciso pôr a doença e não o indivíduo entre parênteses, invertendo assim a tradição psiquiátrica clássica. Isso quer dizer que a tradição psiquiátrica se ocupava da doença e não do indivíduo. Com tal inversão, se estabelece na saúde mental

brasileira uma ruptura, operada pela Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, de orientação basagliana, com o paradigma da psiquiatria clássica.

3.4. Cidadania, Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica

De acordo com Birman (1992), a condição de cidadania do portador de transtorno psíquico é marcada por um paradoxo criado na constituição da loucura como doença / desrazão, ou seja, a negação da cidadania do louco não é algo natural, foi instituída socialmente em sua história segundo marcos da modernidade.

Dessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica parte do pressuposto de que a problemática da cidadania deve ser considerada como produto da construção histórica ocidental da enfermidade mental na virada do século 19.

Para Birman, o paradoxo da cidadania se dá na origem desse reconhecimento e inserção no rol das figuras marginalizadas socialmente:

(...) se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, a sua condição de cidadania plena (BIRMAN, 1992, p. 73).

Historicamente, ainda segundo Birman, esse paradoxo estabeleceu-se com o advento da Revolução Francesa, visto que o reconhecimento da condição de cidadania plena e de direitos sociais (liberdade, igualdade e fraternidade) não englobava os doentes mentais, já que estes não eram munidos de racionalidade e deveriam ser assistidos pelo Estado. Assim, o louco inscreveu-se na nova ordem política como um ser destituído de razão.

Sendo, portanto, representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo, conseqüentemente, ser representado como um sujeito do contrato social (BIRMAN, 1992, p. 74).

Em suma, a institucionalização da psiquiatria no mundo ocidental se deu no âmbito do advento do Iluminismo, onde a pressuposta irracionalidade manifestada pelos loucos era vista como perturbadora da ordem e deveria ser contida e corrigida. Tendo surgido na França, após a Revolução Francesa, o tratamento psiquiátrico fazia parte dos planos da nova sociedade contratual. Em meio a esse cenário, a racionalidade era conhecida como única possibilidade de construção de conhecimento e organização social.

A nova ordem jurídica institucional vigente determinava novas funções para o Estado. É nesse contexto que emerge a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A cidadania era um atributo dos iguais, racionais e normais, o que excluía os loucos despossuídos de razão de participarem das decisões sociais. Posto isso, pode-se afirmar que a exclusão do portador de transtorno psíquico do universo da cidadania, segundo os pensadores da Reforma Psiquiátrica, estava dentro dos marcos da modernidade.

Em relação à luta pela cidadania do sujeito em sofrimento psíquico no Brasil, Amarante (1998) afirma que ela emerge no âmbito da democratização do país. Nesse ambiente político do fim da ditadura militar brasileira, a luta pela cidadania é compartilhada por amplos setores da sociedade civil e abordada de vários aspectos do amplo escopo da vida social.

A luta pela cidadania constitui um dos pilares da desinstitucionalização. A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado. Esta questão fundamental está na raiz dos questionamentos levantados pela reforma psiquiátrica. Procuram equacionar de maneira diversa a relação loucura e periculosidade social, no sentido de buscar a afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas. (BARROS, 1994, p. 177)

Na visão de Birman (1992), o movimento da Reforma Psiquiátrica expressa “uma maior maturidade teórica e política” (BIRMAN, 1992, p. 71), que pode ser entendida como uma determinação mais clara do projeto das transformações em psiquiatria, que transcende a busca de soluções exclusivamente técnicas. Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, uma vez que percorre os níveis anteriores. Devido à natureza do estatuto de alienação mental, subtrai-se do louco a possibilidade de inserir-se no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.

A relação estrutural entre saúde, democracia e cidadania no Brasil estabeleceu-se no contexto de luta política pela redemocratização do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) e da Reforma Psiquiátrica (RP). Pode-se afirmar, assim, que há um entrelaçamento intrínseco entre a luta pela cidadania no Brasil e a melhoria dos serviços de saúde e assistência prestados pelo Estado. O mote de tais conquistas no país foram o MRS na saúde em geral, a RP e o Movimento da Luta Antimanicomial na saúde mental.

Tais discussões abriram uma brecha para a entrada de um novo pensamento sobre a saúde. Até a década de 1970, a forma de olhar, pensar e refletir o setor da saúde nessa época era muito centrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Pode-se afirmar que há uma primeira mudança quando as ciências sociais começam a ser incorporadas às ciências médicas. A grande transformação ocorreu com a entrada da teoria marxista, o materialismo histórico-dialético, que possibilita entender o processo saúde-doença por meio dos seus determinantes sociais.

A produção desse conhecimento pulverizou-se nas diversas universidades e associações profissionais de médicos e militantes da rede pública e culminou na constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde com a proposta de criação da revista *Saúde e Debates*. O objetivo desta publicação era veicular a nova perspectiva de análise da saúde, agora relacionada aos processos histórico-sociais (COHN, 1989).

No Brasil, duas teses são consideradas marcos divisores de águas que deram início à teoria social da medicina: *O Dilema Preventista*, de Sergio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo.

Promover saúde, assim, implicaria conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente nas causas reais das doenças. Já o respeito ao direito à saúde do cidadão supunha mudanças na organização econômica causadora da precária condição de vida dos trabalhadores e perpetuadora da desigualdade social (PAIM, 2007).

A já citada VIII CNS estabeleceu as bases para a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram denunciadas as violências e os maus-tratos aos usuários internos nos hospitais psiquiátricos. O encontro apontou a necessidade de se rever o Decreto n. 24.559, de

3 de julho de 1934, que em seu âmbito trazia a descrição da cidadania do doente mental: ele existe como cidadão, porém deve ser curatelado, pois não responde por seus atos. Ganha força, assim, a discussão sobre o direito de os sujeitos em sofrimento psíquico exercerem sua cidadania, garantindo a eles a possibilidade de usufruir de um atendimento de qualidade, que não seja restrito a hospitais psiquiátricos, onde têm seus direitos violados.

Dessa forma, como se percebe, a história e a luta pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica estão intrinsecamente vinculadas aos dois elementos constitutivos do conceito de cidadania: o da participação política, ou seja, da construção de uma sociedade democrática, e o de cidadãos portadores de direitos. Isso significa que tais movimentos contribuíram, e continuam contribuindo, para o fortalecimento da cidadania no país.

Nos últimos 20 anos, a Constituição Federal, denominada de “Constituição Cidadã” e outorgada em 5 de outubro de 1988, consolidou as conquistas democráticas no Brasil. Ela expressa os anseios de uma sociedade que desejava democracia e mudanças que restabelecessem um Estado de Direito no país. Com isso, os princípios e os fundamentos que embasaram nossa Carta foram: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Nesse sentido, houve especial preocupação com os dispositivos que garantem os Direitos e Garantias Fundamentais ao cidadão brasileiro, apresentados como (BRASIL, 1988):

5. Direitos individuais e coletivos: (art. 5º) “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)”;
6. Direitos sociais: (art. 6º) “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição, e os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais” (art. 7º ao 11);
7. Direitos à nacionalidade: vínculo jurídico-político entre a pessoa e o Estado (art. 12 e 13);
8. Direitos políticos; direito de participação na vida política do Estado; direito de votar e de ser votado, ao cargo eletivo e suas condições (art. 14 ao 17).

Em relação ao direito à saúde, este se tornou uma questão de cidadania, após a Organização Mundial de Saúde ter definido saúde como o complexo do bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravo. Segundo esse conceito, a saúde está relacionada à educação e torna-se uma busca incessante pelos equilíbrios entre influências ambientais e culturais. Ter direito a uma vida saudável é conquistar qualidade de vida, com democracia, igualdade, respeito e desenvolvimento tecnológico.

A Constituição brasileira, em seu artigo 196, afirma, peremptoriamente, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Como a saúde é um direito fundamental, essa frase explicita sua característica de um direito que não é contra ou mesmo apesar do Estado, mas sim por meio do Estado, pois o Estado é quem deve ser o responsável pela política de efetivação do direito à saúde de seus cidadãos. O Estado exerce juridicamente ações e serviços de saúde que viabilizam a construção de uma nova ordem social, cujo objetivo é o bem-estar do cidadão brasileiro e a justiça social.

Assim, a saúde passou a ser reconhecida, na Constituição da República de 1988, como um direito social, cabendo ao Poder Público a obrigação de garanti-lo.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E ANÁLISE EMPÍRICA

Os artigos, a legislação e as conferências sobre a desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica se configuram em material bastante rico para a compreensão dos elementos conceituais que permeiam os debates sobre a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico e sua reinserção social. A proposta deste capítulo é mergulhar no material selecionado a partir de uma leitura analítica, seguindo a metodologia explicitada na apresentação desta tese. A análise não objetiva esgotar o assunto ou mesmo fazer um inventário das considerações sobre os conceitos de cidadania e inserção social/inclusão social, mas sim apresentar um debate que contribua para a discussão sobre a desinstitucionalização psiquiátrica. Em suma, busca-se aqui evidenciar as referências e as associações às categorias de cidadania e inclusão social vinculadas ao processo de desinstitucionalização.

Conforme mencionado na metodologia, durante a análise, os artigos foram divididos em quatro grandes temas: política, serviços, teoria, visão do usuário e/ou profissionais¹⁸. Em cada tema foram identificadas referências e associações às categorias de cidadania e inclusão social. Com relação à legislação, foram selecionados oito conjuntos de ordenamentos legais, sendo duas leis e seis portarias. Também foram analisadas os Relatórios Finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, a primeira ocorrida em 1988, a segunda em 1995, a terceira em 2001 e a quarta em 2010.

Este capítulo se inicia com a apresentação dos resultados e a análise da pesquisa empírica, primeiramente do conceito de cidadania e depois do de inclusão social.

4.1. RESULTADOS DA PESQUISA E ANÁLISE EMPÍRICA

4.1.1. Referências e associações à categoria de cidadania

a. Artigos

Do total de 56 artigos analisados, 28 mencionavam o conceito de cidadania. Na análise, foi possível identificar duas associações à categoria cidadania utilizadas pelos

¹⁸ Neste grupo foram agrupadas tanto as pesquisas referentes à visão dos usuários quanto à visão dos profissionais.

autores: direitos e inclusão social. Ademais, foram encontrados autores que fizeram referências à importância do exercício da cidadania, sem, entretanto, especificar seu entendimento do conceito ou como exercê-lo.

Gráfico 1. Cidadania: distribuição dos artigos segundo as áreas temáticas e categorias

Fonte: elaboração própria.

De acordo com o gráfico acima, 18 artigos (64%) associaram o conceito de cidadania à ideia de direitos, enquanto oito (29%) não especificaram o que compreendem por cidadania, mas deixaram clara sua importância. Os dois últimos grupos, ambos com dois artigos (7%), associaram a inclusão social à inserção no mercado de trabalho. Ademais, é importante ressaltar que foram nos artigos relacionados ao tema de política que mais identificamos associações e referências ao conceito de cidadania.

Predominam as publicações nas revistas da área de saúde coletiva e enfermagem – ambas com 10 artigos –, em segundo lugar estão as publicações na área de psicologia – sete artigos – e, por último, as revistas de direito – com dois artigos. Essa divisão segundo os eixos indica que:

- Política: cinco publicações foram de revistas da área de saúde coletiva, duas da enfermagem, duas da psicologia e duas do direito.
- Serviço: quatro foram de revistas da área de psicologia, duas da área de enfermagem e uma da área de saúde coletiva.
- Teoria: cinco da área de enfermagem, um da área de psicologia e duas da área de saúde coletiva.

- Visão do usuário/profissionais: duas da área de saúde coletiva e uma da área de enfermagem.

Em relação ao ano das publicações, verificou-se que 90% delas são posteriores à promulgação da Lei 10.216 de 2001. Esse dado revoga a hipótese inicial de que a maioria das publicações sobre a desinstitucionalização e a cidadania teria ocorrido na década de 1990:

- Política: das 11 publicações, apenas duas são anteriores à Reforma Psiquiátrica;
- Serviços: todas as sete foram publicadas após a Reforma Psiquiátrica;
- Teoria: das oito publicações apenas uma foi anterior à Reforma Psiquiátrica;
- Visão do usuário/profissionais: todas as três foram publicadas após a Reforma Psiquiátrica.

a.1. Direito

Foi com base nos direitos sociais, civis e políticos que grande parte dos autores fez as relações com a proposta de resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. Na maioria dos artigos, as referências são, em primeiro lugar, aos direitos civis, e, em segundo lugar, aos direitos políticos. Dessa forma, poucos fazem referência aos direitos sociais, e os que fazem exploram juntamente os outros dois (políticos e civis). Ademais, há dois artigos que falam dos direitos de forma genérica, sem relacioná-los especificamente a um dos três (sociais, civis e políticos).

a.1.1. Direitos civis

Os direitos civis são os direitos fundamentais à vida, à liberdade individual de ir e vir, à liberdade de expressão e de pensamento, à igualdade perante a lei, à propriedade privada, ao acesso à justiça, etc. São direitos estabelecidos pelas nações e, portanto, limitados aos seus territórios. Segundo Marchal (1967), referido no Capítulo 2, os direitos civis eram associados à liberdade individual. De acordo com Bobbio (1992), os direitos civis garantem a liberdade do indivíduo em relação ao Estado.

Figura 1. Proporção de citações dos direitos por categoria

Fonte: elaboração própria.

A análise dos artigos que fazem referência aos direitos civis cita questões como interdição, periculosidade, liberdade e autonomia. De certa maneira, todos esses quesitos estão associados entre si e fazem referências aos direitos civis, visto que são os direitos fundamentais à vida e à liberdade individual.

Delgado (1992) afirma que há uma contradição no termo *cidadão louco*, pois o conceito de cidadão está ancorado no paradigma da razão e, portanto, exclui o louco da pólis e da sua responsabilidade diante do contrato social. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Lima e Correia (2012) discutem como o conceito de alienação influenciou a criação de um arcabouço jurídico que reforça a exclusão do considerado doente mental. “Tal conceito produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão (...) sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para se tornar um objeto do alienismo” (LIMA; CORREIA, 2012, p. 149). Dessa forma, a loucura é vinculada à irracionalidade e, portanto, o louco ao *status* de não cidadão, excluído do pacto social. Para as autoras, foram tais paradigmas que influenciaram o “arcabouço jurídico no trato com estas pessoas” (LIMA; CORREIA, p. 150).

Ainda segundo Lima e Correia (2012), a atual legislação civil e penal brasileira, ao aferir a imputabilidade penal e a interdição civil ao sujeito em sofrimento psíquico, evidencia

que o direito ainda trabalha nos marcos epistemológicos da alienação e irracionalidade do então considerado doente mental. Delgado (1992) acrescenta nessa lista a internação compulsória e afirma que ela é um dispositivo autoritário, aniquilador dos direitos civis (DELGADO, 1992, p. 84). Em sua concepção, é necessário rever a questão da interdição civil e da internação compulsória, uma vez que elas são instrumentos que alavancam a perda dos direitos civis.

Neto (1992), por sua vez, afirma a necessidade de preservar os direitos de negar e/ou aceitar a indicação da internação, assim como o direito de revisão em curto espaço de tempo, no caso de internação compulsória.

Em consonância com os autores anteriores, Cunha (2004) afirma que é necessário transpor o paradigma da exclusão e segregação, culturalmente solidificado pela família, sociedade e Estado. Tal paradigma da exclusão está vinculado à ideia de periculosidade, que acarreta a necessidade de interdição civil e medida de segurança.

Belini e Hirdes (2006) enfocam a importância de valorizar esses sujeitos como indivíduos capazes de tomar decisão, com direito a voz e a ter sua fala legitimada. Os autores aproximam o exercício de cidadania à ideia de autonomia e liberdade de expressão e pensamento.

Tais marcos epistemológicos do direito, de acordo com Lima e Correia (2012), não correspondem mais aos paradigmas atuais da saúde mental e do ideal de democracia inclusiva que se busca alcançar com a Constituição de 1988. Assim, elas propõem uma atualização dos códigos civis e penais segundo os novos paradigmas.

Pode-se afirmar, dessa forma, que nesses artigos a cidadania está vinculada ao exercício dos direitos civis, e seu alcance ocorrerá com a desvinculação da ideia de irracionalidade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Em consonância com tal discurso, Cunha (2004, p. 97) afirma que: “As possibilidades de resgate da cidadania e de inserção de quem sofre de transtornos mentais, envolve a revisão das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade que sempre os rotulam”.

A interdição civil ou a curatela é uma medida criada pela legislação civil. Por definição, é um processo judicial por meio do qual um indivíduo é declarado civilmente incapaz, total ou parcialmente, para práticas de atos como vender, comprar, casar, votar, assinar contratos, abrir conta em banco, etc. Para o direito, o indivíduo considerado doente mental pode ter seu movimento volitivo comprometido e, portanto, não conseguir tomar suas próprias decisões, quer dizer, “no território do Direito Civil ele é incapaz para a prática dos atos da vida social” (VIANNA, 1999, p. 3). Assim, a interdição é um estatuto jurídico pelo qual o Estado declara a incapacidade de um cidadão de reger sua própria vida.

Segundo o dicionário Michaelis, a palavra interdição quer dizer: “1. Ato ou efeito de interdizer. 2 Ato de privar judicialmente alguém do direito de reger a sua pessoa e bens. 3 Proibição”. Percebe-se, assim, que interditar é proibir, impedir tal indivíduo de ter autonomia (regem sua pessoa e bens).

No contexto desse debate, assume fundamental importância compreender as noções de capacidade jurídica, capacidade de exercício e de incapacidade, pois são elas que guiam a justificativa da interdição. Capacidade jurídica, segundo Bacciotti (2002, p. 3) “é a aptidão que a pessoa tem de gozar e exercer seus direitos”, ou seja, é o potencial que tem para, em plenitude, satisfazer determinados fins, exercer seus direitos e deveres.

Desde o nascimento, dentro de um Estado-Nação, o homem adquire uma personalidade civil, sendo, portanto, portador de capacidade jurídica, não importando a idade, estado de saúde e sexo (MIRANDA DE PONTES, 1954). Seguindo esse princípio, o Código Civil (2002) afirma em seu artigo 1, “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Se todos possuem capacidade jurídica, o que gera sua aptidão para exercê-la e assumir obrigações na ordem civil de forma autônoma é a capacidade de exercício.

De acordo com a legislação brasileira, ela é adquirida quando o indivíduo alcança a maioridade ou quando é emancipado. De forma oposta, a incapacidade é considerada quando o sujeito é portador de alguma deficiência que o impede (ou é considerado como impeditivo) de agir por conta própria. Em suma, segundo a legislação civil, todo cidadão possui capacidade jurídica, mas nem todos possuem a capacidade de exercê-la.

De acordo com Orlando Gomes (2007), a lei priva da capacidade de exercício jurídico aqueles que considera não possuidores das condições necessárias para praticar alguns atos. A legislação classifica como relativamente capazes aqueles com incapacidade para alguns atos, e absolutamente incapazes aqueles completamente inábeis para a vida civil. Assim, pelo Código Civil, a incapacidade absoluta advém, com exceção da faixa etária (menores de idade), de uma questão de saúde física e/ou mental.

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - Aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II - Aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III - Os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV - Os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V - Os pródigos.

Sendo declarado incapaz, esse indivíduo deverá ser assistido por outro que é considerado legalmente seu curador. O curador é a pessoa nomeada pelo juiz para representar o curatelado nas manifestações de sua vontade, ou seja, vai agir em nome do curatelado. Nos casos de interdição parcial, o curador também é responsável pela prática de todos os atos, dentro do limite em que for decretada a incapacidade.

O artigo 1.768 do Código Civil indica que a interdição deve ser promovida “I - pelos pais ou tutores, II – pelo cônjuge, ou por qualquer parente; III – pelo Ministério Público” (na ausência de parentes). O artigo 1.775, complementando o anterior, especifica uma hierarquia, ao indicar que o cônjuge ou companheiro não separado é de direito curador do outro, quando interdito. Na falta deste, é o pai ou a mãe. E na falta do genitor, algum descendente que se demonstrar mais apto – os mais próximos precedem os mais remotos. Na ausência de quaisquer parentes, compete ao juiz escolher o curador, que pode ser um enfermeiro, o médico responsável e até mesmo o dono do hospital, caso o indivíduo esteja internado.

Com a interdição, uma nova trajetória se inicia para o interditado: a de ser um sujeito incapaz. Assim considerado, o sujeito não rege mais sua vida, perde a capacidade de exercício de seus direitos, seu poder de voz e sua vontade, fica sem autonomia e torna-se um cidadão

incompleto, utilizando a terminologia de Carvalho (2004)¹⁹. A exclusão é, assim, oficializada, legitimada juridicamente por meio de um processo.

Segundo Castel (2000, p. 39-40), “(...) quer seja total ou parcial, definitiva ou provisória, a exclusão no sentido próprio da palavra é sempre o desfecho de procedimentos oficiais e representa um verdadeiro status. É uma forma de discriminação negativa que obedece a regras estritas de construção”.

Cabe ressaltar que a interdição não cria a incapacidade e por consequência a exclusão dos direitos civis, mas sim a reconhece e a oficializa. Ela é justificada para proteger o incapaz, gerando um binômio proteção/exclusão e, por sua vez, a invisibilidade social, dificultando ainda mais a reinserção social desse indivíduo. A interdição gera o não reconhecimento do “eu”, ser social e fase transitória no processo saúde-doença.

É possível identificar que a legislação civil, ao se referir à interdição, tem como base a concepção da loucura como desrazão, tal como o mencionado por Lima e Correia (2012) e Delgado (1992). Como já foi dito, para Lima e Correia (2012), essa concepção de irracionalidade do louco influenciou o arcabouço jurídico que reforça a exclusão dos considerados doentes mentais. Segundo Delgado (1992), é necessário rever a questão da interdição civil, uma vez que ela é instrumento que alavanca a perda dos direitos civis.

Já Barros e Bichaff (2008) afirmam que:

Estas evidências sugerem a necessidade de revisão das ações relacionadas à interdição e curatela dos moradores em hospitais psiquiátricos, com vistas a reverter o processo de institucionalização que fica afeito à progressiva perda de cidadania derivada também dos processos de interdição (p. 93).

As autoras mencionaram o Projeto de Lei Federal n. 2.439/2007, que estabeleceria a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais. Contudo, após ser aprovado pela Câmara dos Deputados, passou a tramitar na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal (como Projeto de Lei n. 201/2008), aguardando mudanças e designação de relator, até que em 2014 foi arquivado ao final da legislatura²⁰. Como

¹⁹ Segundo Carvalho (2004, p. 9), cidadãos incompletos são aqueles que podem usufruir de apenas alguns direitos.

²⁰ http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=88809

consequência, embora as interdições estejam sujeitas a recurso em qualquer tempo, a obrigatoriedade das revisões não fica garantida pelo Código Civil.

A discussão sobre o estigma de periculosidade se aproxima da noção da incapacidade e, consequentemente, da interdição civil. A relação estabelecida entre doença mental e violência ocupou um lugar estratégico na formação da medicina mental no século 19 e deu margem a uma série de discussões entre alienistas e magistrados.

De acordo com Engel (1999), ao aderir à formulação de Lombroso sobre o “homem criminoso”, a psiquiatria amplia as fronteiras da doença e da anormalidade e inicia sua instância de controle social. É nesse momento que ocorre a aproximação entre o discurso psiquiátrico e o discurso jurídico, por meio da noção de periculosidade e inimputabilidade. Socialmente, esse estigma de periculosidade se amplia a todos os indivíduos considerados doentes mentais.

Nesse sentido, Cunha (2004) afirma ser necessário transpor o paradigma da exclusão e segregação, que culturalmente está solidificado pela família, sociedade e Estado. Tal paradigma da exclusão, para o autor, está vinculado à ideia de periculosidade, que acarreta a necessidade de interdição civil e medida de segurança.

A liberdade aparece relacionada à possibilidade da tomada de decisão sobre sua vida e autonomia. Fortes (2010) traça um perfil histórico das principais interpretações da loucura e afirma a necessidade de se criarem novos paradigmas para sua compreensão. Apresenta o atual arcabouço jurídico na área de saúde mental pós-Constituição de 1988, dando ênfase à Lei n. 10.216 de 2001, que promulga a proteção e a defesa dos direitos humanos e da pessoa com transtorno mental. Faz um alerta para que a Reforma Psiquiátrica não seja apenas a retirada desses sujeitos para fora do muro e seu confinamento em casas. Espera-se que haja um verdadeiro resgate ou o estabelecimento de sua condição de cidadão, bem como o respeito a sua dignidade, singularidade e subjetividade.

O autor vincula o exercício da cidadania à possibilidade de desfrutar os direitos sociais, civis e políticos com autonomia. Por autonomia, ele entende

a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da

procura de ações que se baseiam em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais (FORTES. 2010, p. 327).

Dessa forma, associa a autonomia à liberdade do indivíduo em gerir sua vida, efetuando suas próprias escolhas, e aproximando-se assim do direito civil, do ideal de liberdade individual. Nesse caso, tais conceitos estão associados à ideia moderna de indivíduo, como ser capaz de autogerir sua vida e ser responsável por suas escolhas, o que afasta a premissa também moderna de loucura como irracionalidade. Se esse indivíduo é autônomo, logo é capaz de tomar as próprias decisões, de se relacionar em sociedade e ser responsável por seus atos. Assim, ele não é um ser irracional e não precisa ter sua condição de cidadão sequestrada e seus direitos despojados.

Os marcos epistemológicos do direito, relacionando a loucura como irracionalidade e periculosidade, de acordo com Lima e Correia (2012), não correspondem mais aos paradigmas atuais da saúde mental e do ideal de democracia inclusiva que se busca alcançar com a Constituição de 1988. Eles propõem uma atualização dos códigos civis e penais segundo os novos paradigmas.

Quando um indivíduo considerado doente mental tem sua liberdade sequestrada e é internado em um hospital psiquiátrico, associado à periculosidade e/ou tutelado (interdição civil), ele tem uma parte de seus direitos civis suspensa. Ademais, internado, ele acaba por ficar excluído da vida social, familiar, do trabalho, do processo educacional. Nesse sentido, Guedes et al. (2010) chamam a atenção para a necessidade de reconhecimento social dos indivíduos em sofrimento psíquico e afirma a necessidade de desenvolver a percepção desses sujeitos como cidadãos e reestabelecer seu poder contratual.

a.1.2. Direitos políticos

Os direitos políticos garantem a participação da sociedade civil no governo. É o direito de eleger e ser eleito, de realizar manifestações, fundar partidos, de elaborar e fiscalizar as políticas públicas por meio da participação da sociedade civil em esferas como conselhos e conferências.

Pereira et al. (2009), Rodrigues (2011), Barreto (2008) e Oliveira e Alessi (2005) fazem, todos eles, referência aos direitos políticos.

O artigo de Pereira et al. (2009) é o que mais se aproxima da concepção de cidadania nas ciências políticas, quando se refere à participação popular na vida política. Objetiva debater acerca da participação dos usuários dos serviços de saúde na construção de seu espaço social. Em consonância com Fortes (2009), o referido artigo alerta para o perigo de que a aquisição dos direitos dos cidadãos não se dê, exclusivamente, com a desinstitucionalização, mas por meio de um processo de construção coletiva, que consolida uma rede integrada de cuidados e que dê voz aos seus usuários na elaboração e controle de suas políticas.

Novos espaços sociais, como os CAPS e os residenciais terapêuticos, precisam ser conquistados e ampliados para dar voz aos cidadãos em sofrimento psíquico, como alternativa para a busca da autonomia e o reconhecimento desses sujeitos como integrantes da sociedade, desconstruindo a imagem estigmatizada e depreciativa da dependência e incapacidade (PEREIRA et al., 2009, p. 767).

Dessa forma, para os autores, o *status* de cidadão se dá através do reconhecimento do sujeito como ser integrante da sociedade, e seu exercício por meio de sua participação na elaboração e no controle das políticas de saúde.

Rodrigues (2011) vincula o exercício da cidadania à participação dos usuários. Segundo o autor, a participação se configura como um espaço de construção coletiva do protagonismo, que possibilita a saída da situação de assujeitamento desses indivíduos, ou seja, a transformação de “(...) uma relação de tutela para a constituição de um sujeito político, que debate o tratamento e sua instituição, conhece seus direitos, participa e interfere no campo político” (p. 6). A participação, para o autor, se constitui em importante ferramenta de expressão da parcela da população excluída da sociedade, pois abre a oportunidade de expressão e dá voz aos anseios e pensamento.

Barreto (2008) e Oliveira e Alessi (2005) fazem uma crítica a alguns conceitos relacionados à cidadania. Para o primeiro, o exercício da autonomia deve ir além da autonomia, contratualidade e competência social. Nesse sentido, tais conceitos devem ser considerados “pré-requisito ao ingresso no círculo da cidadania”. Afirma que a noção de cidadania da pólis grega se perdeu e que hoje esse conceito é muito amplo. Nesse sentido, deixa clara a necessidade de voltar a concepção de cidadania associada à participação. Entretanto, não afirma como se daria a cidadania para o sujeito em sofrimento psíquico.

Já Oliveira e Alessi (2005) afirmam ser necessário ampliar a compreensão da cidadania, de forma que não seja mais restrita ao reconhecimento de direitos, mas sim a um processo ativo de ampliação da capacidade de todos agirem de modo livre e participativo na sociedade. Ademais, em consonância com a teoria da reabilitação psicossocial, Saraceno (2001, apud OLIVEIRA; ALESSI 2005, p. 196) afirma que a habilidade individual de efetuar plenamente suas trocas no *habitat*, nas redes sociais e no trabalho “é a medida de exercício de sua cidadania”.

Dessa forma, para esses autores, a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico está vinculada aos seus direitos políticos, isto é, indivíduos com voz e participação na construção de suas políticas. Tal ideal só pode ser alcançado a partir da desconstrução da ideia de que os sujeitos em sofrimento psíquico são incapazes e, portanto, tutelados. É reconhecer que são sujeitos, indivíduos que possuem consciência de seu papel na sociedade e, portanto, são ativos politicamente.

a.1.3. Direitos sociais

Segundo Bonavides (2006), os direitos sociais nasceram abraçados ao princípio da igualdade, pois são os que mais se aproximam do princípio da dignidade da pessoa humana, pois visam à redução da desigualdade entre os indivíduos, proporcionando melhores condições de vida. Tais direitos exigem uma postura atuante do Estado em benefício da sociedade como um todo e de grupos específicos. Os direitos sociais, também conhecidos como direitos de terceira geração, segundo a Constituição do Brasil (1988), são os que se referem ao acesso à “educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Argiles (2013), Belini e Hirdes (2006) vincularam o resgate da cidadania à aquisição e à garantia de direitos sociais. Ambos citaram Saraceno (2001 apud ARGILES, 2013, p. 2056 e BELINI; HIRDES, 2006, p. 565), ao afirmar que: “o resgate da cidadania não significa simplesmente a restituição dos seus direitos formais”, mas trata-se, sim, de reconstruir seus direitos ao afeto, às relações sociais, à moradia, à produtividade e a tudo o mais que possibilitar sua efetiva reabilitação psicossocial. Isto é, o acesso a setores como educação,

trabalho, transporte, saúde, cultura e religiosidade, que fazem parte da vida de todos os indivíduos.

Andrade et al. (2010) e Cassandri e Aranha (2009) vinculam o resgate da cidadania à inserção (ou reinserção) dos sujeitos em sofrimento psíquico ao mercado de trabalho. O direito ao trabalho está assegurado no artigo 23 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo o homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego”.

Para o primeiro, tal vínculo se justifica por considerar a oportunidade de trabalho como um direito de cidadania:

(...) terem o direito de trabalhar, assumindo, assim, sua condição de cidadão nas relações de produção e de reprodução da vida pela via de convivência social e do trabalho como atividade no mundo das trocas simbólicas e materiais, e não somente para o cuidado de si mesmo, como um recurso terapêutico (ANDRADE et al., 2010).

Já Cassandri e Aranha (2009) analisam positivamente um programa de economia solidária e como este promove o exercício da cidadania.

a.1.4. Sociais, Cíveis e Políticos

Jesus e Araújo (2011), Moraes et al. (2010) e Brito et al. (2010) apresentaram a categoria de cidadania de forma mais ampliada em comparação aos outros autores, relacionando-a a mais de um direito.

Em primeiro lugar, Jesus e Araújo (2011) analisam os significados das oficinas desenvolvidas pelos moradores de uma residência multiprofissional em saúde mental. Segundo os autores, a oficina de cidadania busca desenvolver uma consciência cidadã, colocando o usuário a par dos dispositivos burocráticos e políticos do funcionamento do Estado. Dessa forma, incentivam o exercício da cidadania em lugar da tutela dos usuários. As oficinas abordam questões relacionadas aos direitos sociais, responsabilidades cíveis, saúde, seguridade social, relações com a comunidade movimentos sociais e políticas públicas. Assim, associam o exercício da cidadania de forma abrangente, vinculando-a aos direitos sociais, cíveis e políticos.

Moraes et al. (2010), tal como os autores citados anteriormente, vinculam cidadania aos direitos sociais e civis ao afirmar:

O direito de cidadania do paciente psiquiátrico inserido no CAPS era o da identidade, de ter de volta seus documentos e exercitar sua cidadania de trabalho, de conviver com pessoas, de ir e vir, transitando nos espaços de dentro para fora e vice-versa, de receber assistência à saúde norteada pelos preceitos da reforma Psiquiátrica, de articulação com a rede de assistência à saúde do município para sua reinserção social (...) (MORAES et al., 2010, p. 533).

Por sua vez, Brito et al. (2010, p. 166) afirmam que "(...) cidadania relaciona-se a ampliação de direitos sociais, políticos e jurídicos (...)". Em sua concepção, o conceito de cidadania deve ser compreendido no contexto da Reforma Psiquiátrica e está vinculado à superação do discurso médico pelo da cidadania e sua liberdade.

O termo cidadania deve ser compreendido, não só pelo seu sentido em si, mas como um definidor de um discurso próprio da Reforma Psiquiátrica. Um discurso que proporciona um deslocamento do saber médico psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, da passagem de um discurso médico para o discurso da cidadania (BRITO et al., p. 166).

a.1.4. Não especificam

Mota e Sônia (2008) citam cidadania como aquisição e garantia de direitos, porém, não especificam quais estão relacionados. Ademais, citam Aranha e Silva et al. (1998) ao afirmar que a cidadania é um fenômeno multideterminado, mas também não aprofundam sua análise e nem apresentam quais são seus determinantes.

a.2. Inclusão social

Outra associação à categoria cidadania encontrada na análise dos artigos foi a inclusão social. Loyola (2000) deixa essa associação clara ao afirmar que “a reforma psiquiátrica brasileira, enquanto luta pela cidadania, pode ser reunida em um enunciado, uma espécie de programa comum: incluir o sujeito” (LOYOLA, 2000, p. 130). Cidadania e inclusão são dois conceitos complementares, entretanto, não podem ser considerados sinônimos. Essa discussão será aprofundada mais adiante neste capítulo.

a.3. Não especificam

Conforme o mencionado no início do capítulo, alguns autores deixaram clara a importância de resgatar a condição de cidadão do sujeito em sofrimento psíquico. Entretanto, não explicitaram sua compreensão do conceito ou de que forma esse resgate deve ocorrer. Os autores são: Dias (2001), Silvia et al. (2012), Gonçalves e Sena (2001), Gambatto e Silva (2006) e Amarante (1995).

Silvia et al. (2012) fazem menção de que a ideia do resgate da cidadania na Reforma Psiquiátrica surge de sua aproximação com os ideais da Reforma Sanitária.

Pedroza et al. (2012) apenas citam que o projeto analisado – a Copa da Inclusão – promove a cidadania, entretanto, não desenvolve uma análise em torno do conceito de cidadania e nem como tal projeto colaboraria para seu desenvolvimento.

Souza (2008) e Rinaldi e Cabral (2008) não especificam o que compreendem por cidadania, entretanto, a primeira afirma que a conquista da cidadania opera um efeito terapêutico necessário para a reorganização subjetiva e a contenção das paixões necessárias para a manutenção do contrato social. Já os segundos afirmam que a busca pelo resgate da cidadania é um ideal perseguido pela sociedade ocidental democrática, mas nem sempre é a real necessidade desses sujeitos.

Antunes e Queiroz (2007) e Bosi et al. (2012) não explicitaram o que entendem como conceito de cidadania nem como seu alcance se daria. Os primeiros apenas afirmam que o “CAPS pode proporcionar aos usuários mudanças rumo à construção de sua cidadania” (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p. 213). Já Bosi et al (2012, p. 650) citam a necessidade de “produção de novas formas de cidadania”; entretanto, não especificam como isso seria possível.

b. Relatório das Conferências Nacionais de Saúde Mental e a categoria de cidadania

No Brasil, as Conferências de Saúde surgiram com a Lei n. 378, de 13/1/1937, e seu objetivo era facilitar ao governo federal (Ministério da Educação e Saúde Pública), obter informações e conhecimento das atividades e situação concernentes à educação e à saúde. Até 2015, foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde e quatro de saúde mental.

Ressaltamos o importante papel que as conferências de saúde exercem: se por um lado elas têm uma função pedagógica, ao criarem um espaço de debate e proposições, que possibilita formar conselheiros e lideranças, por outro, seus relatórios auxiliam gestores, trabalhadores e movimentos sociais na elaboração de políticas públicas, além de conferir-lhes legitimidade.

A análise dos relatórios das conferências permitiu identificar que a questão da interdição civil e a regulamentação da internação involuntária são os temas mais debatidos. Em segundo lugar está o debate sobre o acesso aos direitos sociais e, em terceiro lugar, a regulamentação da internação involuntária. Por último, identificamos um debate sobre a participação dos usuários na formulação e fiscalização das políticas públicas.

Na análise, fica nítido como o debate acerca do exercício da cidadania e da inclusão social foi “tomando corpo” e ganhando significados mais estruturados.

I Conferência Nacional de Saúde Mental

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1987, sob a influência da 8ª Conferência Nacional de Saúde e representou um marco histórico para a psiquiatria brasileira, por ter revelado “a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal” (BRASIL, 1987, p. 9).

Contou com a participação de 176 delegados representativos da sociedade, que debateram três temas selecionados: 1-Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; 3- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Além das conclusões dos debates, seu relatório final traz anexas: Recomendações à Constituinte e Proposta de política de saúde mental da Nova República. Assim, um dos desdobramentos dessa Conferência foi o Projeto de Lei n. 3.657/1989, do deputado Paulo Delgado.

A análise do relatório, segundo os temas, demonstra o quanto a Reforma Sanitária foi importante para os conferencistas da saúde mental, que assumiram o mesmo conceito ampliado de saúde:

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real (BRASIL, 1987, p. 12).

Em relação ao tema da atenção à saúde mental, a conferência propôs uma reformulação do modelo assistencial, concluindo ser necessário e importantíssimo acabar com a tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica” e dar prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional.

O terceiro tema discute a cidadania e o doente mental, direitos, deveres e legislação e propõe o reordenamento jurídico com mudanças no Código Civil, Código Penal, legislação sanitária e trabalhista, visando a garantir a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, conforme o paradigma defendido pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Verificou-se que, na I Conferência, o conceito de cidadania é apresentado de forma ampla e quase como um senso comum. “O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico” (BRASIL, 1988, p. 21). Como é possível perceber, essa citação é muito vaga, pois não há um refinamento do que se compreende por uma “participação ampla dos indivíduos”.

II Conferência Nacional de Saúde Mental

Essa Conferência contou com a mobilização de milhares de pessoas, de diferentes setores da sociedade (usuários, familiares, sociedade civil e trabalhadores) que participaram das conferências municipais, regionais e estaduais.

O relatório final é mais específico nas questões da saúde mental e está dividido em três partes: 1. Rede de Atenção em Saúde Mental; 2. Legislação, com os temas: Direitos Cíveis

e Cidadania; Direitos Trabalhistas; Drogas e Legislação; e 3. Direito à atenção e direito à cidadania.

Nos debates sobre a Rede de Atenção em Saúde Mental, foram discutidos temas, como: financiamento, gerenciamento, vigilância e trabalhadores da saúde mental.

Nesse item, a conferência propôs o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), que determina: implantar e implementar a municipalização da assistência à saúde, criando conselhos de saúde e adotando o conceito de território; criar instrumentos para garantir as instâncias municipais de vigilância epidemiológica; e desenvolver programas de educação em saúde mental.

Nas discussões sobre legislação, os temas foram: direitos civis e cidadania; direitos trabalhistas; drogas e legislação.

A conferência propõe a revisão legal da atual legislação brasileira aplicável à saúde mental, por meio de ações como: revogar o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934; regulamentar as Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito à atenção à saúde mental, assegurando que sejam descriminalizados o usuário e o dependente de drogas.

Em relação ao eixo direito à atenção e direito à cidadania, os marcos conceituais definidos, que subsidiaram e referenciaram as resoluções da conferência, foram a atenção integral e a cidadania. Atenção integral foi definida como parte de “uma visão integrada das várias dimensões humanas da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)”. E tal como está no Sistema Único de Saúde (SUS), reafirma os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e municipalização, propondo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada.

Ao final da conferência, foi elaborada a Carta de Direitos dos Usuários no Brasil, aprovada como um pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas.

A II Conferência utilizou a mesma definição da primeira: “construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz” (BRASIL, 1994, p.

10). Entretanto, acrescentou ao debate a questão da interdição civil, ao sugerir a garantia da assessoria jurídica “aos usuários dos serviços de saúde mental, para assuntos pertinentes à sua cidadania, especialmente nos casos de interdição e tutela” (BRASIL, 1994, p. 24). Ademais, há a proposta de revisar a legislação pertinente à tutela e à curatela e garantir a autonomia de decisões desses sujeitos e a possibilidade de se vincularem a associações. Em suma, essa discussão aproxima a categoria de cidadania ao direito civil.

Foram arroladas diversas propostas visando a essa conquista, tais como:

- ressignificação do espaço público como um lugar de afirmação do coletivo;
- mudança do poder contratual dos cidadãos em sua relação com o Estado e Sociedade;
- estímulo à organização dos cidadãos em associações comunitárias;
- fomento de canais de participação;
- aprovação e estímulo ao exercício da cidadania nas escolas, como um aprendizado transformador.

III Conferência Nacional de Saúde Mental

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada logo após a promulgação da Lei n. 10.216, em dezembro de 2001. Em sua etapa nacional, computou 1.480 delegados, dentre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde. Apesar de a II Conferência já contar com representantes de associações de usuários e familiares, ela foi a primeira que teve ampla participação de usuários e familiares. Por sua grande mobilização e importantes deliberações, a III Conferência foi considerada o evento responsável por consolidar a Reforma Psiquiátrica como política de governo.

Segundo o relatório final, seu tema central, vinculado ao proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001, “Cuidar, sim. Excluir, não”, é “afirmativo de uma ética e de uma direção fundamental para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 15) e reafirma seu apoio às diretrizes da Reforma como prioridade de saúde pública no país, tendo como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença.

Foram aprovadas 65 moções e 591 propostas operacionais agrupadas em eixos como: reorientação do modelo assistencial em saúde mental; recursos humanos; financiamento; acessibilidade; direitos e cidadania e, por fim, controle social.

O princípio para a reorientação do modelo assistencial, tal como se discutiu na II Conferência, é uma concepção de saúde compreendida como processo, que substitua o atendimento em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços territorializados, com práticas pautadas em relações que estimulem e desenvolvam a autoestima, a autonomia e a cidadania. Essas ações devem estar integradas a uma rede de saúde que privilegia projetos de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde mental.

Nesse contexto, os Caps foram apresentados como o principal projeto responsável pela modificação do modelo de assistência à saúde mental. Outras propostas importantes que devem ser ressaltadas são aquelas no âmbito da atenção à criança e ao adolescente e aos usuários de álcool e outras drogas.

Quanto à associação à categoria cidadania, além de se discutirem a interdição civil e a internação involuntária – que já estavam na pauta da conferência anterior – e que aproximam o debate ao direito civil, foi acrescentado também o debate sobre os direitos sociais.

No que se refere à interdição, foi reforçada a necessidade de rever a legislação, com a proposta de

fomentar uma revisão dos critérios de interdição do código civil, privilegiando a vontade e autonomia do sujeito e o caráter temporário da medida, propondo que o processo de interdição constitua-se como uma “curatela parcial”, a ser permanentemente reavaliado, podendo ser revertido (BRASIL, 2001, p. 126).

Também foi aludida a necessidade de “regulamentação das internações voluntárias e involuntárias” (p. 129).

Na questão dos direitos sociais, o debate apresentou a concessão do Benefício da Prestação Continuada – Loas/BPC – auxílio financeiro para desospitalização e assistência previdenciária:

Garantia de benefício previdenciário ou bolsa desospitalização ao usuário portador de transtorno mental internado de longa permanência, ou ao morador de serviço residencial terapêutico que não tenha renda própria ou familiar, para o seu sustento (BRASIL, 2001, p. 132).

IV Conferência Nacional de Saúde Mental

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada entre os dias 27 de junho e 1 de julho de 2010, foi convocada a partir da Marcha de Usuários e Familiares para Brasília. promovida pelos movimentos sociais Foi a primeira conferência intersetorial e teve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores, tanto do campo da saúde e de outros setores. Estima-se que, aproximadamente, 46 mil pessoas tenham participado das três etapas do processo, que contou, também, com a mobilização de 1.200 municípios, com 205 conferências regionais e 359 municipais.

Em seu relatório final, conta com 1.021 propostas divididas em três eixos:

- Eixo I - com 298 propostas, o bloco “Políticas Sociais e Políticas de Estado” debateu subtemas como: caminhos intersetoriais, organização, financiamento, gestão do trabalho, assistência farmacêutica, gestão da informação, educação permanente e consolidação da rede.
- Eixo II - com 308 propostas, o bloco “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais” contou com subtemas, como: cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares; desinstitucionalização, inclusão e proteção social; articulação intersetorial no território; saúde mental, atenção primária e promoção da saúde; políticas intersetoriais e álcool e outras drogas; saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e intersetorialidade.
- Eixo III - com 415 propostas, com os subtemas direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial: trabalho, geração de renda e economia solidária, cultura e diversidade cultural, justiça e sistema de garantia de direitos, educação, inclusão e cidadania; seguridade social: previdência, assistência social e saúde; organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental; comunicação, informação e relação com a mídia e violência e saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial realizou-se em um contexto diferente das outras conferências. Já haviam ocorrido alguns avanços na rede

comunitária e, com isso, o caráter interprofissional e intersetorial estava exposto e necessitava de uma resposta. Dessa maneira, segundo o relatório final, a maior conquista dessa conferência foi o fato de ter sido realizada intersetorialmente, ou seja, o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” foi discutido tanto por representantes dos setores diretamente envolvidos com a questão, como por outros, que têm muito a colaborar em áreas como educação, cultura, trabalho e emprego, dentre outras.

O relatório final apresenta a categoria cidadania de forma mais próxima das ciências políticas. Foram encontradas associações aos direitos civis, sociais e políticos.

Nos direitos civis, novamente foi reforçada a necessidade de acompanhar e regular as internações involuntárias e de implementar uma comissão para revisar os processos de interdição em todo o território nacional.

No eixo dos direitos sociais, foi citado o "acesso à cidadania por meio de políticas públicas: assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, etc." (BRASIL, 2010, p. 109). Ademais, essa foi a conferência que mais aprofundou o tema de participação política.

Fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral. Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com trabalhadores e gestores dos serviços de saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instancias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS (BRASIL, 2010, p. 141).

A análise das conferências evidenciou como o conceito foi sendo construído juntamente com o amadurecimento do debate da saúde mental. Se na primeira conferência a categoria cidadania foi tratada de forma ampla demais, na quarta ela já apresenta um debate mais próximo da forma com que esse conceito é tratado nas ciências políticas, o que demonstra amadurecimento e maior rigor em suas propostas.

c. Cidadania na legislação

Nove dos dez atos normativos selecionados se referem, mesmo que indiretamente, à cidadania, seja como uma pessoa de direitos sociais e civis, um indivíduo inserido na vida comunitária, ou integrado socialmente e/ou com autonomia.

Segundo análise, oito legislações fazem associação da cidadania com os direitos sociais, quatro com os direitos civis, duas com a inclusão social e uma com o direito político.

A Portaria n. 224/MS/1992 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental e estabelece diretrizes e normas de funcionamento. A referência é feita nas disposições gerais e se refere aos direitos sociais (saúde) e civis (liberdade de ir e vir): “Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de **cidadania** dos pacientes internados (...)” (BRASIL, 1992).

A Lei n. 9.867, de 10/11/1999, dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, constituídas com o objetivo de inserir pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho. Elas fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração dos cidadãos. Essa lei associa a cidadania aos direitos sociais, ao trabalho.

A Portaria n. 106/MS/2000 institui os serviços residenciais terapêuticos no âmbito do SUS como um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários, que objetiva a autonomia, a inserção social, a reinserção no trabalho e o estímulo à participação social por meio de formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

As residências terapêuticas constituem-se em alternativas de moradia para os indivíduos internados há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado na comunidade (família e/ou suporte social), e que estão em alto grau de vulnerabilidade social. Em suma, é uma política de assistência e moradia a esses indivíduos. Dessa forma, podemos afirmar que esta portaria garante a moradia e a assistência que estão vinculadas aos direitos sociais. Contudo, as diretrizes acima e a frase “(...) c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver” demonstram que não se referem só aos direitos sociais, mas também aos civis, tais como autonomia.

A Lei Federal n. 10.216 de 2001, levou 11 anos para ser aprovada, pois seu projeto de lei deu entrada no Congresso Nacional, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989. Ela redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. Assim, propõe a regulamentação dos direitos de tais indivíduos e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Cabe explicitar que a legislação não menciona o conceito de cidadania, mas faz referência aos direitos das pessoas em sofrimento mental:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- X - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Tal legislação faz menção direta a alguns direitos civis – comunicação, sigilo, acesso à informação do tratamento, proteção contra abuso – e ao direito social à saúde e ao trabalho.

A Portaria GM n. 336, de 19/2/2002, institui os centros de atenção psicossocial que deverão, em seu território, ser os responsáveis, por: organizar a demanda da rede de cuidados em saúde mental; regular a porta de entrada; supervisionar as unidades hospitalares psiquiátricas, as equipes de atenção básica, os serviços e os programas de saúde mental. A proposta de realizar atividades comunitárias enfocando a integração do sujeito em sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção familiar e social revela que essa portaria associa cidadania à inclusão social.

A Lei n. 10.708, de 31/7/2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial, parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta para Casa", que impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospitais psiquiátricos. A associação da cidadania é com a assistência, ou seja, o direito social.

A Portaria Interministerial n. 353, de 7/3/2005, institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, buscando construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhorem as condições concretas de vida. Esse ato normativo faz associação com a inclusão social e o trabalho – direito social.

A Portaria n. 3.090 GM/MS/2011 altera a Portaria n. 106/GM/MS, de 11/2/2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Tal legislação faz referência ao “resgate de cidadania do sujeito” e à importância da moradia e da liberdade de tais indivíduos. Assim, podemos aproximar seu discurso aos direitos civis – liberdade – e sociais – saúde e moradia.

A Portaria n. 3.088, de 23/12/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cuja finalidade é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Tem como diretrizes:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas (...)
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (...)
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (...)
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2011).

A ênfase com o respeito aos direitos humanos, a promoção da autonomia e da cidadania e o desenvolvimento de estratégias para a inclusão social demonstram que essa portaria faz associação com todos os direitos civis (autonomia e liberdade), sociais (saúde e

assistência) e políticos (participação e controle da política). É necessário frisar que essa foi a única legislação, das analisadas, que fez menção ao direito político.

4.1.2. Referências e associações à categoria de inclusão social

a. Artigos

Do total de 56 artigos analisados, **43** fizeram associações à categoria de inclusão social. Na análise, foi possível identificar oito formas de associações utilizadas pelos autores: família, cidade, trabalho, estigma, laços sociais, autonomia, contratualidade e cidadania. Ademais, um dos autores fez referência à importância da terapia ocupacional para facilitar o processo de inclusão social.

Segundo o gráfico abaixo, 10 artigos (23,2%) associaram a categoria inclusão social ao acesso à cidade, seguido de 10 (23,2%) que associaram à família, sete (16,2%) ao estigma, cinco (11,6%) aos laços sociais, cinco (11,6%) à autonomia, quatro (9,3%) à contratualidade, três (6,9%) ao trabalho e, por fim, um (2,3%) à cidadania. Ademais, é importante ressaltar que, proporcionalmente, foram nos artigos relacionados à área de serviço e visão dos usuários/profissionais que mais identificamos associações e referências à categoria de inclusão social.

Gráfico 2. Inclusão social: distribuição dos artigos segundo as áreas temáticas e categorias

Fonte: elaboração própria.

Os artigos foram publicados, predominantemente, nas revistas da área de psicologia (37,7%), em seguida vieram enfermagem (30,6%), saúde coletiva (28,5%) e área médica e direito (ambas com 2,1%). Essa divisão, segundo os eixos, indica que:

- Política: quatro foram de revistas da área de saúde coletiva, dois de psicologia, um de direito e um de enfermagem.
- Serviço: dez foram de revistas da área de psicologia, seis de enfermagem, quatro de saúde coletiva e um da área médica.
- Teoria: três da área de enfermagem e quatro da área de psicologia.
- Visão do usuário/profissionais: seis da área de saúde coletiva, cinco de enfermagem e dois de psicologia.

Com relação ao ano das publicações, verificou-se que 91,8% delas foram realizadas após a Reforma Psiquiátrica, ou seja, após o ano de 2001. Mais uma vez, esse dado revoga a hipótese inicial de que a maioria das publicações sobre desinstitucionalização e reforma psiquiátrica ocorreu na década de 1990:

- Política: das oito publicações, apenas três são anteriores à Reforma Psiquiátrica.
- Serviço: todas as sete foram publicadas após a Reforma Psiquiátrica.
- Teoria: das sete publicações, apenas uma foi anterior à Reforma Psiquiátrica.
- Visão do usuário/profissionais: todas as três foram publicadas após a Reforma Psiquiátrica.

a.1. Família

Gambatto e Silva (2006), Gonçalves e Sena (2001) e Fortes (2010), Pietroluongo e Resende (2007), Dimenstein e Bezerra (2009), Antunes e Queiroz (2007), Feitosa et al. (2012), Colvero et al. (2004), Maciel et al. (2009) e Silva e Azevedo (2011) fazem referências à família como estratégia para a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico; entretanto, evidenciam as dificuldades que podem ser enfrentadas.

Gonçalves e Sena (2001) e Gambatto e Silva (2006) exploram a dificuldade dessa aproximação. Para os primeiros, a dificuldade de inserir o doente mental na família ocorre devido ao estigma de periculosidade, dificuldade financeira e emocional, pelo fato de não saberem como cuidar desse doente e mesmo pela incompreensão da situação.

Os segundos autores destacam que a reforma não pode se restringir à devolução dos internos às famílias, “como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental” (GAMBATTO; SILVA, 2006, p. 51). Afirmam que a família nem sempre está preparada para receber o indivíduo e que essa situação faz com que seja necessário o suporte da rede aos familiares. “À medida que a família é incluída nesses programas e abordagens, passa gradualmente a compreender o transtorno mental e suas implicações, tornando-a mais sensível para aceitar o paciente em casa (...)” (p. 31).

Feitosa et al. (2012) deixam claro que a família exerce importante papel para a reinserção social. Reforçam a necessidade de apoiar as famílias e "reintegrá-las no tratamento, instaurando a ideia de corresponsabilidade para que a família se torne facilitadora nas ações de inserção do seu paciente no meio social” (p. 51). Ademais, ressaltam a importância de se investir na construção da autonomia dos usuários.

Colvero et al. (2004) e Maciel et al. (2009) abordam a dificuldade da inserção do indivíduo na família. Colvero et al. (2004) discutem a dificuldade pelo estigma que envolve a família e a falta de conhecimento de como lidar com o comportamento do então considerado doente mental. Na visão dos autores, a família é um protagonista importantíssimo no tratamento; entretanto, há uma sobrecarga dos familiares e também um sentimento de insegurança.

Maciel et al. (2009) afirmam que a inclusão do doente na família e na sociedade é vista com ressalva pelos próprios familiares. “Os encargos que recaem sobre a família vão das dificuldades econômicas às reações emocionais, ao estresse em face de um comportamento perturbado, à ruptura da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais” (MACIEL et al.; 2009, p. 444). Assim, reafirmam a importância da preparação prévia da sociedade e da própria família para a inclusão.

Para Pietroluongo e Resende (2007), a família deve se sentir capaz de lidar com o sujeito, sentindo-se parte integrante do tratamento. Nessa mesma linha, Dimenstein e Bezerra (2009) ressaltam a importância do suporte às famílias nos serviços de saúde mental para que se evite a reinternação e se mantenha o sujeito no território.

Segundo Antunes e Queiroz (2007), o contexto da desinstitucionalização é a transição de uma ordem centrada no hospital para uma ordem centrada na família e no meio social do paciente. Em sua concepção, as regras não estão bem construídas e nem as práticas plenamente institucionalizadas. Os autores chamam a atenção para a lógica do cuidado pós-alta, ao afirmarem que esse é o setor mais prejudicado, tendo em vista a dificuldade da reinserção do paciente em sua família e na comunidade.

Silva e Azevedo (2011) alegam que "a reforma veio para incluir o usuário à família, à sociedade (...)" (p. 590). De acordo com os autores, os terapeutas ocupacionais

apresentam-se como ferramentas imprescindíveis de ressocialização e inserção individual em grupos, pois objetiva o trabalho, o agir e o pensar coletivos, conferidos por uma lógica inerente ao paradigma psicossocial, que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito (p. 592).

Ademais, os serviços de residência terapêutica têm como propósito reintegrar o portador de transtorno mental na sociedade, sendo essa uma peça fundamental para concretizar a desinstitucionalização.

Já Fortes (2010) apenas cita a família como parte da reinserção social; entretanto, não explora como isso poderia ocorrer.

Em suma, como foi possível perceber, para esses autores, a família é vista como parte integrante da estratégia de inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Entretanto, também evidenciam que a aproximação da família e sua participação na estratégia não são vistas com tranquilidade; há a necessidade de um suporte por parte da rede e, até mesmo, de um apoio psicológico e financeiro.

a.2. Cidade/território

Gambatto e Silva (2006), Honorato e Pinheiros (2008), Marques (2013), Minozzo (2012), Dimenstein e Bezerra (2009a; 2009b), Oliveira (2013), Gonçalves e Barros (2013) e Lemke e Silva (2013), Guedes et al. (2010) e Santos Junior et al. (2008) fazem referência ao acesso à cidade/território como forma de inclusão social. É necessário deixar claro que o conceito de território aqui é distinto do utilizado na construção dos serviços de saúde e mais próximo da concepção do espaço urbano como forma de sociabilidade.

O artigo de Gambatto e Silva (2006), além de afirmar a importância da família, também trabalha a inserção social vinculada ao conceito de território. Segundo os autores, a inserção social ocorre quando “o território deixa de ser um lugar distante, estático, inacessível ou mesmo pura delimitação geográfica, para ser visto e considerado como espaço de vida em suas possibilidades, de saída e desafios” (GAMBATTO; SILVA, 2006, p. 30). Essa ideia vincula a inserção social à vida no território, à sua saída e interação, com possibilidades de trocas com o mundo externo.

Honorato e Pinheiros (2008) afirmam que a inserção social depende da vida cotidiana na cidade. Ela ocorre por meio do relacionamento social, consumo, integração com a cidade e desenvolvimento de autonomia. Marques (2013), em consonância com os anteriores, afirma a importância da apropriação do território urbano, pois a rua é um lugar de trocas, encontros, experiência e possibilidade de criação de novos vínculos.

Segundo Minozzo et al. (2012), a circulação na cidade promove saúde e reabilitação, pois potencializa a criação de novos laços sociais e o estabelecimento da rede de contratualidade do sujeito. Dimenstein e Bezerra (2009a; 2009b) analisam a importância da alta-assistida como uma modalidade terapêutica que utiliza a cidade como estratégia de enlace social. Ou seja, ela faz a passagem de um espaço fechado para o território da cidade, promovendo a incursão no espaço urbano e possibilitando a produção de novos modos de vida. Já Oliveira (2013) relaciona moradia, vizinhança, centro, trabalho e escola à ideia de se ocupar a cidade e, assim, produzir novos fluxos de convivências.

Os artigos de Gonçalves e Barros (2013), e Lemke e Silva (2013) e Guedes et al. (2010) associam a inserção social também à relação com a cidade. O primeiro artigo afirma que o trabalho da desinstitucionalização se dá na circulação pelos espaços da cidade e deve possibilitar novas experiências nos encontros que a cidade oferece. Além disso, (re)estabelece múltiplas formas de relação com o mundo, dando suporte à expansão das redes vivenciais dos sujeitos. Segundo os autores, o acompanhamento terapêutico possibilita o mapeamento da “rede social e construção de novos rearranjos das/nas redes das quais faz parte (...) tais redes podem incluir desde a famílias até os amigos, colegas de trabalho e/ou estudo, vizinhos e pares comunitários” (GONÇALVES e BARROS, 2013, p. 110).

O segundo artigo reconhece que a inserção social se dá pelo trabalho que visa a ampliar o território de circulação do usuário: “(...) do quarto à sala, da sala à rua, da rua à cidade” (LEMKE e SILVA, 2013, p. 10). O terceiro artigo também ressalta a ideia de cuidar em liberdade. Utilizar a noção da atenção psicossocial como ferramenta para promover a inclusão social desses sujeitos. “Integração social é um processo que deve ser promovido dentro dos serviços comprometidos com a reforma psiquiátrica” (GUEDES et al. 2010, p. 4). Para Santos Junior et al. (2008, p. 1), a inserção é vinculada ao acesso à cidade e à apropriação do espaço urbano: “(...) apropriar de um espaço urbano que há muito tempo lhe tinha sido sequestrado, que é o lar, o morar, o habitar uma cidade (...)”.

Em suma, tais atores evidenciam a inclusão no território como a oportunidade de ter espaço nas relações, de viver na cidade, de apropriar-se do espaço urbano como lugar de trocas e encontros em contrapartida à exclusão nos hospitais psiquiátricos. Isto é, a passagem de um lugar fechado para a circulação na cidade.

a.3. Trabalho

Andrade et al. (2012), Jesus e Araújo (2012) e Pedroza et al. (2012) fazem referências à categoria trabalho como forma de inclusão social.

Andrade et al. (2012) e Pedroza et al. (2012) discutem a inclusão no mercado de trabalho, no âmbito do processo da desinstitucionalização, por meio da economia solidária. O “(...) trabalho como recurso terapêutico, como direito humano, como produtor de subjetividade e como possibilidade concreta de cidadania e de emancipação como instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços” (ANDRADE et al., 2012, p. 179). Nesse sentido, os autores consideram o trabalho como um recurso terapêutico, um direito humano, uma forma de produzir subjetividade, emancipação e um instrumento de inclusão social.

Já Jesus e Araújo (2012) analisam a oficina terapêutica de geração de renda como uma modalidade que exerce função primordial ao promover a reinserção social. Além da possibilidade de geração de renda, a oficina eleva a autoestima e estimula a autonomia dos sujeitos.

Em suma, os três autores afirmam que a inclusão social, por meio do acesso ao mercado de trabalho, é uma estratégia importante e apresentam duas modalidades para esse fim: a oficina terapêutica de geração de renda e a economia solidária.

a.4. Estigma

Silvia (2004), Ribeiro e Avellar (2009), Argiles et al. (2013), Cedraz e Dimenstein (2005), Pietroluongo e Resende (2007), Moraes et al. (2010) e Leão e Barros (2008) evidenciam a necessidade de romper com os estigmas para a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

Segundo Silvia (2004), o cenário da atual situação do sujeito em sofrimento psíquico deve combater três grandes eixos: “1) a suposta incapacidade do louco; 2) a suposta irresponsabilidade do louco; 3) a suposta violência do louco” (p. 89). Tais eixos estão vinculados ao estigma do sujeito em sofrimento psíquico, à sua associação ao conceito de alienado e à ideia de periculosidade. Essas associações dificultam a desinstitucionalização e a redução das internações em hospitais psiquiátricos. O autor não fala especificamente da inserção social, mas sua análise permite compreender que se tais eixos forem superados, a inserção social pode ser alcançada.

Ribeiro e Avellar (2009), Argiles et al. (2013), Cedraz e Dimenstein (2005), Pietroluongo e Resende (2007) e Moraes et al. (2010) afirmam a necessidade de se criar uma nova forma de relacionamento com a loucura, um novo olhar que não seja mais com o foco na doença. É preciso aceitar a diferença. Essas estratégias são imprescindíveis para uma efetiva inclusão social. Nesse sentido, é necessário integrar o indivíduo na comunidade.

Ribeiro e Avellar (2009) deixam claro que a reinserção social não se trata de adaptar a loucura à ordem social, pois o que se procura não é a cura da loucura, mas sim possibilitar a expansão da vida e a criação de novas formas de convivência com a diferença. Fazê-los viver de acordo com uma mera adaptação ao que a comunidade deseja é fazer com que o processo de inclusão esteja fadado ao fracasso. Segundo os autores, a adaptação gera o que chamaram de “inserção marginal”, que resulta em falsa aceitação positiva do morador na cidade ou mesmo em seu isolamento na residência.

Argiles et al. (2013) afirmam que o acesso à família, à vizinhança, à amizade constitui redes que permitem ao indivíduo desenvolver, por meio da socialização, o sentimento de pertencimento. De acordo com Cedraz e Dimenstein (2005), as oficinas terapêuticas funcionam como espaços de discussão e desconstrução de valores no sentido de estabelecer novas conexões e criar territórios existenciais. Pietroluongo e Resende (2007) afirmam ser necessário flexibilizar os limites sociais para fazer caber a diferença. É a partir dessa flexibilização que pode existir, realmente, a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico.

Em consonância com os autores anteriores, Moraes et al. (2010) afirmam que é preciso desassociar do imaginário coletivo a loucura como sinônimo de periculosidade e alienação.

O artigo de Leão e Barros (2008) apresenta a exclusão social como a impossibilidade de exercer trocas sociais. Para as autoras, a exclusão não está apenas dentro dos muros, pois mesmo estando fora dos hospitais, o estigma social pratica a segregação. Dessa forma, enfrentar a cultura estigmatizante pode ser um passo para a efetivação da inserção.

Tais autoras ultrapassam as estratégias da política de saúde mental e evidenciam a necessidade de romper com o paradigma da loucura como doença e anormalidade para, assim, por fim ao estigma e garantir a inclusão social desses sujeitos.

a.5. Laços sociais

Dias (2001), Paranhos-Passos e Aires (2013), Dutra (2011), Leão e Barros (2008) e Macedo e Araújo (2009) evidenciam a necessidade de retomar os laços sociais na estratégia de inclusão social.

Para Dias (2001), a inserção social se dá pela inter-relação com a sociedade, considerando particularidades de cada indivíduo, sua história de vida e cultura. O desenvolvimento de ações para a inserção deve ser integrado com os serviços de saúde e outros órgãos, no sentido de articular políticas e programas de interesse para a saúde, bem como os que vão além da saúde.

Para Paranhos-Passos e Aires (2013, p. 18), a reinserção social é vista como o “principal objetivo da reabilitação psicossocial, referindo-se ao convívio do sujeito nas

instâncias sociais, possibilitando o processo de trocas”. Dessa forma, a inserção está relacionada à relação com o outro e, para que seja efetivada, a reabilitação psicossocial é o primeiro passo.

A reabilitação psicossocial é uma estratégia que visa proporcionar a autonomia do portador de sofrimento psíquico para que ele possa atuar com independência nos diversos contextos sociais, exercendo sua cidadania plena, e direcionando-o à reinserção social (...) refere-se à possibilidade de convívio do portador com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013, p. 18).

Para Dutra (2011), a inserção é a retomada da vida na sociedade por meio da aquisição das habilidades que permitem as trocas sociais: “(...) busca por possibilidades de se relacionar, de fazer novas parcerias (...) refazer os laços familiares, estabelecer novos relacionamentos com os vizinhos e antigos conhecidos, frequentar novos grupos religiosos ou sociais, enfim, de investir na retomada da vida” (DUTRA, 2011, p. 222).

Barreto (2008) afirma que a inserção social se dá pelo compromisso de reinventar o espaço plural da política como lugar de trocas, de desfrutar amizades, de ser espontâneo e ter liberdade de criação. Em consonância com o artigo anterior, Rinald e Castro (2008) ressaltam a necessidade de resgatar o sujeito vítima da institucionalização e segregação por meio de sua inserção nos espaços das trocas e da contratualidade.

Já o artigo de Macedo e Araújo (2009) não explicita a inserção social, mas fala da importância do serviço de residências terapêuticas para a reconstrução dos laços sociais.

Em suma, tais autores deixam claro que a formação dos laços sociais é fator importante para a inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

a.6. Autonomia

Belini e Hirdes (2006), Vidal et al. (2008), Almeida e Trevisan (2011), Moraes et al. (2010) e Motta e Sônia (2008) evidenciam a importância de desenvolver a autonomia e a emancipação para a inclusão social.

Belini e Hirdes (2006) afirmam que a desinstitucionalização implica organizar alternativas de sociabilidade, moradia, lazer e educação. É uma prática cotidiana de reintegração do sujeito ao convívio social, por meio de projetos que visem ao resgate das potencialidades dos sujeitos e promovam sua autonomia.

Vidal et al. (2008) afirmam que o foco do trabalho da reforma deve ser o desenvolvimento da autonomia, para que os sujeitos sejam responsáveis por seus atos e compreendam as regras sociais que podem auxiliá-los a ter emprego, estudar, ser pai ou cônjuge e a desenvolver a interação social. A inserção social, para esses autores, se dá via reabilitação psicossocial.

Almeida e Trevisan (2011) analisam os benefícios da terapia ocupacional para o desenvolvimento da autonomia das atividades diárias e, assim, auxiliam na inserção social. Moraes et al. (2010) também chamam a atenção para a necessidade do desenvolvimento da autonomia. Motta e Sônia (2008) ressaltam que pensar a inclusão significa ajudar tais sujeitos a desenvolver autonomia, mais independência e, assim, poder criar normas para dirigir a própria vida. Para as autoras, a inclusão deve possibilitar a participação do sujeito no jogo social.

a.7. Contratualidade

Fonseca et al. (2008), Barreto (2008), Rinald e Castro (2008) e Oliveira (2011) citam a retomada da contratualidade como fator importante para a inclusão social.

Fonseca et al. (2008) são os únicos que evidenciam a importância da “restauração ou ampliação do poder de contratualidade e de negociação dos indivíduos” (p. 72). Segundo esses autores, o poder contratual possibilita o exercício da escolha, tolerância às decisões coletivas, melhoria dos relacionamentos interpessoais, circulação na cidade, independência, etc.

Oliveira (2011) assegura que a inserção social se dá pela reabilitação psicossocial a partir do aumento da capacidade contratual dos usuários. Ademais, afirma que o trabalho é uma ferramenta para a inserção, mas que, “para que seja ferramenta de inclusão laboral e social, é importante que seja entendido como produção e troca de mercadoria e valores (...)”

partir da noção de trabalho como promotor de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos" (OLIVEIRA, 2011, p. 518).

a.8. Cidadania

Miranda (2000) discute o movimento da reforma psiquiátrica brasileira partindo da bandeira da cidadania. Pressupõe que a Reforma Psiquiátrica brasileira ou a reorganização dos dispositivos de cuidado em saúde mental são, por princípio, a luta pela cidadania do louco, e que “todo o movimento (...) pode ser resumido em um enunciado comum, o de incluir o sujeito” (MIRANDA, 2000, p. 129). A questão da cidadania envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, o que supera a anulação do sujeito pela doença. Assim, para a autora, a cidadania é um dispositivo para a inclusão desse sujeito.

a.9. Não específica

Guimarães e Filha (2006) não especificam como pode ocorrer a inclusão social, mas evidenciam o suporte positivo que a terapia comunitária pode oferecer nesse processo, visto que ela fortalece os vínculos sociais e desenvolve o exercício da fala e da escuta.

b. Relatório das Conferências Nacionais de Saúde Mental e a categoria inclusão social

A análise dos relatórios finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental evidenciou três temas associados à categoria inclusão social: família, estigma e trabalho.

Tal como já mencionado, identificou-se um amadurecimento no debate da cidadania da primeira para a quarta conferência, o que também ocorreu com a categoria inclusão social.

Na primeira conferência não houve associações ou referências à questão da inclusão social. Já no segundo relatório foram acrescidas discussões sobre o suporte familiar, a conscientização da sociedade e o estigma de periculosidade. Houve a proposta de promover o atendimento integrado da família e de “desenvolver um programa de esclarecimento e apoio à família, à comunidade e aos trabalhadores de saúde mental, sobre a proposta de fechamento dos manicômios e substituição por outros serviços, através de uma campanha nacional” (BRASIL, 1994, p. 11).

Com relação ao estigma, foi sugerido “criar Comissões de Divulgação, ao nível dos Municípios, para difundir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, desmistificarem a loucura e a periculosidade (...)” (BRASIL, 1994, p. 24).

Com relação à III Conferência, o próprio tema “Cuidar, sim. Excluir, não” já reforça o princípio da inclusão social na política de saúde mental.

A reorientação do modelo assistencial, tal como se discute no relatório final, substitui o atendimento em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços territorializados e traz o princípio do atendimento extra-hospitalar e a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, por meio de práticas pautadas nas relações que estimulem e desenvolvam a autoestima e a autonomia.

Outro importante eixo debatido é o da acessibilidade, que procura incentivar a inclusão social com propostas que garantam o acesso aos bens e serviços da sociedade, como profissionalização, trabalho e emprego. Reafirmam, também, a necessidade de “projetos sociais e comunitários, de geração de renda e de acesso a todos os direitos, garantindo a inclusão destas pessoas na sociedade, sem qualquer restrição e limitação” (BRASIL, 2001, p. 121). Foram propostas ações com o objetivo de

garantir recursos para a realização de cursos profissionalizantes e oficinas de produção, visando a capacitação de pessoas com transtornos mentais para o mercado de trabalho e para participação em projetos de geração de renda, mediante o estabelecimento de parcerias entre o poder público e organizações não-governamentais e/ou associações da sociedade civil (BRASIL, 2001, p. 99).

Diversas propostas falam da inclusão do portador de transtorno mental nas escolas ou em programas de alfabetização e da necessidade de se

estabelecer amplo entrosamento entre a rede da saúde mental e rede educacional, visando abolir os preconceitos e divergências entre ambas no que diz respeito aos portadores de transtornos mentais, cumprindo, desta forma, o disposto na lei nº 8080/90 (BRASIL, 2001, p. 125).

Também foram debatidas propostas de revisão das legislações civis e penais com o objetivo de excluir questões que reforcem os estigmas e adequar outras aos preceitos da Lei n. 10.216, deixando de lado afirmações como “loucos de todos os gêneros”, assegurando assim

“ao portador de transtorno mental uma legislação que o reconheça como sujeito de direitos” (BRASIL, 2001, p. 127). Foi reforçada a necessidade de revisão da legislação penal e da exclusão de presunção da periculosidade.

Com relação ao estigma, também, houve a proposta de

elaborar e efetivar campanhas nacionais de esclarecimento e conscientização sobre a saúde mental e reforma Psiquiátrica, na mídia, através do Ministério da Saúde e das Comissões Municipais, Estaduais e Nacional da Reforma Psiquiátrica, a fim de sensibilizar a população em geral sobre o preconceito e o estigma (...) (BRASIL, 2001, p. 136).

A categoria família também foi reforçada na terceira conferência, com a proposta de "garantir ações de fortalecimento das relações familiares, através de acompanhamento, orientação e grupo de pais, incentivando a organização de familiares na busca da conscientização dos seus direitos e dos usuários através de ações intersetoriais" (BRASIL, 2001, p. 135-136).

Em relação à categoria inclusão social, além do debate sobre família e estigma, reforçado na conferência anterior, foi acrescida a questão da inserção no mercado de trabalho.

Na quarta e última conferência, foram mantidos os debates sobre estigma, família e trabalho.

No que se refere ao estigma, foi citada a necessidade de “enfrentamento dos preconceitos referentes à saúde mental” (BRASIL, 2010, p. 105) e a criação de

mecanismos para conscientização da sociedade quanto aos direitos de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e não exclusão, possibilitando a convivência, o respeito à diversidade, e a oferta de acessibilidade aos direitos sociais (p. 108).

Além disso, tal como já havia sido debatido na conferência anterior, foi proposta a exclusão do conceito de presunção de periculosidade.

Para a categoria trabalho foi proposta uma “(...) política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais (...)” (BRASIL, 2010, p. 111), por meio de “cotas de trabalho em

empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal” (p. 114).

Com relação à família, foi debatida a necessidade de "garantir a inclusão da família no processo educacional e nas ações ligadas à recuperação dos usuários, bem como o acesso aos serviços da rede de saúde mental para as pessoas com necessidades especiais" (BRASIL, 2010, p. 132).

Em suma, na análise das conferências, identificaram-se associações com as categorias família, estigma e trabalho.

c. Inclusão social na legislação

A análise das legislações selecionadas demonstrou que todas fazem alguma referência ao conceito de inclusão social. Sua classificação segundo as associações demonstrou que seis se referem a laços sociais, seis se referem a autonomia, quatro a família, três a acesso a cidade, três a trabalho, uma a contratualidade.

A inclusão social, na Portaria n. 224/MS/1992, faz associação com laços sociais e família, pois, ao regulamentar todos os serviços de saúde mental, enfatiza a participação social e as atividades comunitárias, visando a trabalhar a integração do usuário na comunidade e sua inserção social. Propõe ainda uma abordagem familiar que deve abranger todo processo, com orientação sobre o diagnóstico, programa de tratamento, e alta continuada. A Portaria orienta no sentido da:

preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações; prioriza tratamento extra-hospitalar.

A inclusão social na Lei n. 10.708, de 31/7/2003, faz associação com autonomia, ao instituir o auxílio-reabilitação psicossocial, importante item do programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta para Casa", que busca suprir a necessidade de um auxílio financeiro aos egressos no seu retorno à comunidade.

A Portaria n. 2.077 GM/MS/2003 dispõe sobre a regulamentação da Lei n. 10.708. Essa legislação afirma que os municípios devem ter ações e programas desenvolvidos, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental; entretanto, não especificam quais programas/ações.

A inclusão social, na Portaria n. 154, de 24/1/2008, tem associação com laços sociais e comunitários, pois cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que, integrados à Rede de Atenção Psicossocial, devem propiciar condições para a reinserção social dos usuários. O objetivo é “incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais”.

A Portaria de n. 106/GM/MS/ 2000 também faz referência à inserção social baseada nos princípios da reabilitação psicossocial:

oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

Assim, podem-se verificar as referências-“chave” em acesso à cidade, autonomia, trabalho, educação, laços sociais e família.

A Lei Federal n. 10.216 de 2001, que reorganiza os equipamentos de saúde mental, deixa claro que a inserção social é o foco do tratamento no artigo 4º: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Ademais, complementa que se deve “alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”, ou seja, família, trabalho e comunidade são o foco da inserção social. Dessa maneira, a inclusão social pode ser associada a família, trabalho, cidade, autonomia e laços sociais.

A Portaria n. 336/GM/MS/2002 institui os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), principal responsável, em seu território, pela rede de cuidados em saúde mental. Além disso, tem o objetivo de oferecer atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade, desenvolvimento de autonomia e sua inserção familiar e social.

A Portaria n. 3.090 GM/MS/2011, que trata do custeio mensal dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), faz referências à manutenção no território, à construção da autonomia, à retomada da vida cotidiana e dos laços familiares. No item diretrizes de funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos, declara:

O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

Ademais, afirma a necessidade de “(...) focaliza-se no processo de reabilitação social e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros)”, o que possibilita associar a inclusão social à autonomia.

A Portaria n. 3.088 GM/MS/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, tal como a portaria anterior, faz referência à manutenção no território e à importância do acompanhamento contínuo. Ao propor estratégias substitutivas, na perspectiva de garantir direitos com a promoção de autonomia, buscando uma progressiva inclusão social, possibilita associar esta à contratualidade e à autonomia.

A Portaria Interministerial n. 353, de 7/3/2005, institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária. Busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que valorizam a solidariedade, a inclusão social e a geração de alternativas, de maneira que esses sujeitos ampliem sua autonomia e melhorem as condições concretas de vida. Faz associação com trabalho e autonomia.

4.2. SÍNTESE COMPARATIVA DOS ACHADOS

Partindo do objetivo principal desta tese, que é identificar as associações com as categorias cidadania e inclusão social, após a análise do material, foi elaborada uma matriz com as palavras-chave encontradas.

É possível identificar, no quadro abaixo, uma aproximação entre os três tipos de documentos analisados, isto é, entre os artigos, os relatórios das conferências e a legislação.

Quadro 1. Matriz comparativa da categoria cidadania.

Material	Artigos	Legislação	Conferências
Cidadania	Direitos civis: interdição, autonomia, liberdade e periculosidade.	Direitos civis: liberdade, autonomia, comunicação, sigilo, proteção contra o abuso	Direitos civis: interdição, autonomia, internação involuntária
	Direitos sociais: saúde, moradia, trabalho e educação	Direitos sociais: saúde, moradia, trabalho, assistência	Direitos sociais: saúde, educação, trabalho e assistência
	Direitos políticos: participação	Direitos políticos: participação	Direitos políticos: participação
	Inclusão social	Inclusão social	

Fonte: elaboração própria.

É possível identificar, no quadro acima, uma aproximação entre os três tipos de documentos analisados, isto é, entre os artigos, os relatórios das conferências e a legislação.

Em relação aos direitos civis, foram identificadas nos artigos acadêmicos associações a falta de liberdade e autonomia, interdição e periculosidade. Nos relatórios das conferências, identificamos a liberdade, a autonomia, o fim das interdições e internações involuntárias. Já as legislações expressam a conquista da liberdade, da autonomia – com o fim da prisão nos hospitais –, da falta de comunicação e do sigilo no tratamento, exigindo o respeito ao sujeito em sofrimento psíquico e a proteção contra os abusos que sofriam.

É importante ressaltar que a diferença entre os três é que, enquanto os artigos e algumas reivindicações dos relatórios expressam preocupação quanto à inserção dos sujeitos em sofrimento mental na comunidade por meio da superação do estigma e do preconceito vinculado ao paradigma da irracionalidade e da necessidade da tutela, grande parte da legislação se limita à questão do fim dos hospitais e à implantação de novas modalidades de serviço/assistência mais próximas aos discursos dos direitos humanos.

Nos direitos sociais, os artigos relacionam a cidadania à conquista e à necessidade de moradia, saúde, educação e trabalho. As conferências associaram à saúde, à educação e à assistência social. Já a legislação também associou à saúde, com a implantação da Rede de atenção à saúde; à moradia, com o projeto do Serviço de Residência Terapêutica (SRT): ao

trabalho, com o projeto de cooperativas e assistências com os benefícios. A diferença entre os três conjuntos é a falta de associações ao direito de acesso à educação.

Os direitos políticos aparecem com unanimidade nos três conjuntos, uma vez que são eles dão voz a esses indivíduos, incentivando e abrindo espaço para maior participação na conquista e no controle de políticas públicas.

Por fim, é importante frisar que oito artigos não fizeram nenhuma associação à categoria cidadania, mas deixam claro que ela é questão importante para a desinstitucionalização, mesmo sem explicitar como seu exercício ocorreria. Ademais, dois artigos fizeram associações dessa categoria com a inclusão social, ou seja, como se fossem sinônimos.

Quadro 2. Matriz comparativa da categoria inclusão social.

Material	Artigos	Legislação	Conferências
Inclusão Social	Família	Família	Família
	Estigma		Estigma
	Laços sociais	Laços sociais	Laços sociais
	Autonomia	Autonomia	Autonomia
	Contratualidade	Contratualidade	
	Trabalho	Trabalho	Trabalho
	Cidadania		
	Cidade/Território	Cidade/Território	

Fonte: elaboração própria.

De acordo com as informações do quadro acima, foi possível identificar muitas palavras-chave associadas à categoria inclusão social. A análise demonstrou maior aproximação entre os artigos, os relatórios das conferências e a legislação, em relação às associações família, laços sociais, trabalho e autonomia.

A família e laços sociais são as principais associações e aparecem nos três materiais, o que demonstra sua centralidade no debate. O retorno à comunidade, a necessidade de integrar a família ao tratamento e a preocupação com o suporte aos familiares são as principais estratégias para a inclusão social.

Em segundo lugar, aparece o trabalho, tanto como fonte de renda, importante para a sobrevivência em uma sociedade capitalista, quanto como forma de exercitar a contratualidade e trocas sociais. Ademais, é um meio de alcançar a autonomia, melhorar a autoestima, auxiliar a família, e de se reinserir na comunidade, pois possibilita relacionamento social. O trabalho como estratégia de inclusão social, em suas diversas formas – oficinas, cooperativas, emprego formal ou informal –, é citado em alguns poucos artigos. Além disso, aparece em todas as conferências, principalmente na terceira e na quarta. Na legislação encontramos a Lei n. 9.867, de 10/11/1999, sobre as cooperativas, além da Portaria n. 353, de 7/3/2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.

Já a autonomia aparece nos três materiais como oposição à situação de tutela desses indivíduos. Nos artigos, ela está inserida no paradigma da reabilitação psicossocial e vinculada ao conceito de contratualização, outra associação identificada nos artigos e nas legislações.

CAPÍTULO 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.

O objetivo deste capítulo é analisar os dados encontrados no estudo empírico do material de pesquisa em face dos processos de transformação da sociedade contemporânea, apresentados nos Capítulos 1 (Teoria social contemporânea), 2 (Definição do conceito de cidadania) e 3 (Reforma Psiquiátrica) desta tese. Mais especificadamente, são analisadas as categorias diante das transformações nos paradigmas psiquiátricos, do processo de individualização, e como este impacta nos modos de sociabilidade, inclusão social e no exercício de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Cidadania e inclusão social comumente são utilizadas como categorias complementares no material analisado; há até mesmo textos em que são utilizadas como sinônimos. São categorias que aparecem em vários contextos e, corriqueiramente, sem a preocupação de explicitar de forma precisa sua definição. Nesta tese, como já explicado no Capítulo 2, parte-se da premissa que a cidadania e a inclusão social são categorias distintas, mas complementares, ao se entender o indivíduo como ser social. A cidadania está vinculada à categoria *Estado*, enquanto que a inclusão social está vinculada à *Sociedade*.

A cidadania, assim, é aqui definida como a identidade social política composta de três eixos: vínculo de pertencimento; participação política/coletiva e consciência de ser portador de direitos e deveres. Já a inclusão social, como processo de superação da vulnerabilidade, é composta também de três eixos: precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e estigma. Além disso, tais conceitos são historicamente situados e, por isso, devem ser compreendidos segundo o contexto sócio-histórico em que são analisados.

Posto isso, cabe agora discutir em que contexto tais categorias estão sendo analisadas.

Primeiramente, cabe lembrar que se trata da cidadania e da inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico no processo de desinstitucionalização²¹ psiquiátrica. Assim, um problema que permeia essa discussão é o papel que ocupa o hospital psiquiátrico. Este é aqui entendido como “um emblema das relações de violência, segregação, massificação e

²¹ O conceito de desinstitucionalização foi apresentado no Capítulo 3, item 3.5.

discriminação social, que expressa, num sentido mais amplo, os diversos mecanismos de exclusão e opressão dessa estrutura social (...)” (SCARCELLI, 2011, p. 20). Em síntese, ele é o meio pelo qual se processa o banimento do convívio social, da família, da cidade, do exercício da cidadania, da educação e do trabalho a partir do asilamento na instituição psiquiátrica. Diz a mesma autora:

A medicina não conseguiu extirpar ‘os desvios de caráter’ com sua tecnologia do espaço; o máximo que conseguiu com esta tecnologia foi a criação de instrumentos de vigilância e controle e a manutenção dos hospitais como ‘lugar eterno – muitos dos que nele entram não saem mais e, quando saem, sempre acabam voltando – como lugar de condenação dos ‘desviantes’, que deve lembrar o lugar de exclusão legitimada para os não seguidores da razão (SCARCELLI, 2011, p. 64).

O retorno dos internos ao convívio social extra-hospitalar, por conseguinte, acarreta questões como inclusão social, readaptação ao convívio nos espaços coletivos (a família, os vizinhos, os amigos, o trabalho), autonomia, exercício da cidadania, etc. Ainda segundo Scarcelli (2011), com a saída do hospital, no “caminho do hospício para a cidade”, o indivíduo anteriormente enclausurado poderá recuperar os modos de vida que lhe foram extirpados com a exclusão, a vigilância e a tutela dos profissionais.

O seu retorno ao convívio social vai além do acesso a uma rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos e da modificação da legislação psiquiátrica. Por esse motivo, é importante ratificar que se deve buscar a inclusão também por meio da desconstrução da cultura manicomial. Mais uma vez cita-se Scarcelli (2011), que afirma que o debate no campo da saúde mental ultrapassa o âmbito das questões relativas à reforma do sistema de saúde e ao desmonte do hospital; ele abarca o aspecto emblemático que o manicômio carrega. A amplitude do debate da desinstitucionalização, nesse sentido, transcende o âmbito restrito da reforma psiquiátrica, como transformação do serviço de saúde mental.

Posto isso, cabe explicitar que não se tem aqui a ideia simplista de que a saída do hospital psiquiátrico por si só garante a inclusão social e o reconhecimento desse indivíduo como cidadão.

Este capítulo está dividido em duas partes: primeiro, a análise da categoria de cidadania e, em seguida, a da inclusão social.

5.1. CIDADANIA

5.1.1. Direitos civis

Com relação à cidadania, a análise do material empírico identificou uma tendência a associar essa categoria aos direitos civis, principalmente no que se refere à interdição, à liberdade, à periculosidade e à autonomia.

Figura 2. Direitos civis

Fonte: elaboração própria.

A figura acima demonstra que essas quatro categorias estão fortemente vinculadas ao estigma de periculosidade. É possível perceber que esse estigma, associado ao paradigma da irracionalidade, é uma das causas que leva ao processo de interdição e à internação involuntária que, por sua vez, acarreta a perda de liberdade e autonomia.

É importante ressaltar a diferença entre as categorias liberdade e autonomia encontrada nos artigos analisados. Liberdade é a possibilidade que o indivíduo tem de comportar-se de acordo com sua vontade. A autonomia, por sua vez, é entendida como a capacidade de governar-se pelos próprios meios, de não depender de outro para sua ação (FORTES, 2010). Partindo-se dessas definições, a rotulação de incapaz e perigoso romperia, automaticamente, com a possibilidade de liberdade e autonomia. O estigma da incapacidade é o que mais contribui para a marginalização e exclusão desses indivíduos. A ideia de que não são capazes de trabalhar, de assumir responsabilidades, de gerir seus bens, de educar seus filhos, de gerir um negócio, de tomar decisões está muito difundida no imaginário social, o que reforça mais uma vez a necessidade de se ultrapassarem tais paradigmas.

Como é possível perceber, o desencadeador das perdas dos direitos civis, nesse contexto, é o estigma de periculosidade. A ideia de periculosidade nasceu associada ao conceito de alienação mental e, em virtude de esse conceito estar associado à perda da razão, à irracionalidade e à animalidade, contribuiu para a construção do sentimento social de medo e para a discriminação com as pessoas identificadas como tal (AMARANTE, 2007). Essa concepção de periculosidade que sequestrou os direitos de cidadania do louco se encontra ainda presente no imaginário social e até mesmo no imaginário de alguns profissionais da área da saúde mental.

Tal concepção está vinculada ao paradigma da psiquiatria que caracteriza a loucura como doença por meio do diagnóstico psiquiátrico. Foucault (2006) indicou que as classificações nosológicas e a própria noção da doença mental surgiram e se modificaram segundo as transformações sociais e políticas. A medicina social nasceu e evoluiu mediante estratégias de biopoder, buscando o controle sobre a vida por meio do adestramento dos corpos. Desse modo, a partir das mudanças ocorridas com a Revolução Francesa, em que se valorizava a razão humana como norteadora da vida, desenvolveu-se a concepção da doença mental atrelada à irracionalidade. Iniciam-se, assim, as primeiras classificações nosográficas. A concepção de doença mental desenvolvida no século 18 e mantida até a atualidade é, portanto, entendida por meio de uma relação de dualidade e oposição à saúde, tal como o normal e o patológico (FOUCAULT, 2006).

A psiquiatria nasce, assim, sintonizada com os princípios da disciplinarização social e com a gestão da vida dos indivíduos. Foucault (2006) deixa claro que a ideia da doença mental se consolida associada à alienação, à invalidez para o trabalho, à periculosidade e à irracionalidade. Tais paradigmas se perpetuam até a sociedade contemporânea, legitimando a tutela e a internação. Em suma, esse estigma da periculosidade tem acompanhado o indivíduo considerado louco por séculos, trazendo como consequência seu asilamento (LOBOSQUE, 1997).

Segundo Basaglia (1974), a instituição psiquiátrica destina-se à gestão da exclusão de determinada massa social, pois os valores normativos que regem o saber científico baseiam-se em valores da classe dominante. Assim, o diagnóstico psiquiátrico fundamenta-se nas normas circunscritas à sociedade em que vivemos.

Cunha (2004, p. 97), em um dos artigos analisados, afirma que “as possibilidades de resgate da cidadania e de inserção de quem sofre de transtornos mentais envolvem a revisão das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade que sempre os rotulam”. Nesse sentido, também, Delgado (1992) e Lima e Correia (2012) descrevem que o paradigma de irracionalidade influenciou o arcabouço jurídico que reforça a exclusão desses indivíduos.

Na legislação analisada, não há menções à irracionalidade e à periculosidade; entretanto, uma das diretrizes, a Portaria n. 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, visa ao “combate a estigmas e preconceitos” que tais indivíduos sofrem socialmente.

Se a loucura foi e ainda é estigmatizada como irracionalidade e periculosidade, o modo como a sociedade se relaciona com ela atravessa a noção da tutela e de sua interdição, o que automaticamente restringe – a ponto de, por vezes, impossibilitar – a autonomia e a liberdade desses sujeitos. As discussões atuais encontradas nos artigos e nas conferências sugerem a superação desses atos – o da incapacidade civil e o da irresponsabilidade penal –, por meio da revisão das legislações civis e penais. Entretanto, cabe aqui ressaltar que, para tal objetivo ser alcançado, seria necessário romper com o paradigma psiquiátrico que classifica a loucura como desrazão.

Lima e Correia (2012) deixam clara a necessidade de revisar as legislações brasileiras – civis e penais – que não condizem mais com os paradigmas atuais da saúde mental e, assim, romper com a concepção de loucura como irracionalidade e periculosidade. Já nos relatórios das Conferências, mais especificamente o da quarta, o debate não foi pautado pela necessidade de rompimento com a interdição, uma vez que não a associam com a periculosidade e a irracionalidade, mas sim com a proposta de implementar uma comissão para revisar os processos de interdição. Essa comparação deixa claro que, por mais que o objeto do debate da academia e da conferência seja o mesmo - a interdição - o cerne não é.

É importante ressaltar que, no contexto da individualização²² na sociedade contemporânea, o direito civil é crucial, visto a busca pela amplitude da liberdade individual. A liberdade na sociedade contemporânea visa a não interferência sobre a intimidade do

²² O processo de individualização na sociedade contemporânea é analisado no Capítulo 2 desta tese.

indivíduo e busca a satisfação da independência privada. É a menor interferência possível do Estado sobre o indivíduo.

De acordo com Bauman (1999), a liberdade na primeira modernidade ainda permitia uma interferência em detrimento de um projeto coletivo, de uma sociedade igualitária, organizada e planejada., A instituição psiquiátrica e suas legislações nessa fase estavam em consonância com esse ideal de sociedade que visava a combater a ambivalência a qualquer coisa que fugisse da norma. Entretanto, liberdade na sociedade contemporânea tem como ideal a distinção, a diferença, a heterogeneidade, o privado sobre o público e o individual sobre o coletivo. Dessa maneira, os paradigmas psiquiátricos não condizem mais com os da sociedade atual.

5.1.2. Direitos políticos

As associações aos direitos políticos apareceram nos artigos, nas conferências e na legislação.

O direito político, nesse contexto, está de certa maneira vinculado ao direito civil, pois o ato da interdição civil anula a voz e o direito desse sujeito de se expressar politicamente nas urnas. Entretanto, como foi possível perceber no Capítulo 5, o direito ao voto não parece ser uma preocupação apresentada pelo material analisado, visto que esse assunto não é citado nenhuma vez. O entendimento do exercício político nos artigos, nos relatórios das Conferências e na legislação vai além do simples exercício do voto em épocas de eleição; os debates demonstram uma preocupação de reconhecer esses indivíduos e sua participação como agentes na construção coletiva dos espaços sociais e das políticas.

Essa concepção de participação política está, em parte, de acordo com as novas formas de exercício político que se procurou demonstrar no primeiro capítulo, pois parte-se do pressuposto de que o exercício político é bastante complexo e pode ser realizado de várias formas: no voto, em atividades partidárias, em movimentos sociais, de forma individual nas redes sociais, em atividades voluntárias, etc. Dessa forma, essa participação política não pode ser reduzida a mero ato eleitoral. Entretanto, o voto ainda é um ato político importante para todo cidadão, o que torna necessário frisar ser também imprescindível discutir a questão do voto desses sujeitos vinculada ao debate da interdição.

No material analisado, a participação na vida política foi identificada como importante instrumento para o exercício da cidadania. Nas conferências e legislações, o direito político apareceu muito associado à participação na formulação e no controle das políticas públicas. Isso pode ser evidenciado na Portaria n. 3.088, que tem como uma de suas diretrizes a “participação e controle social dos usuários e de seus familiares”. Ademais, a Portaria n. 106 também faz referência ao estímulo à participação social, mediante a formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

Já nos artigos, a participação aparece associada a diferentes formas: como usuários nos serviços de saúde, na formulação, elaboração e fiscalização das políticas; como exercício político; como forma de saída da situação de assujeitamento; e como oportunidade de expressão dos anseios e pensamentos.

Fortes (2009) e Pereira et. al. (2009) explicitam que o *status* de cidadão desses indivíduos se dá por serem reconhecidos como seres integrantes da sociedade e por sua participação como agentes ativos do social. Assim, podemos afirmar que o alcance dessa dimensão política passaria pelo reconhecimento do sujeito em sofrimento psíquico como *sujeito*, no sentido em que Touraine (1995) compreende essa categoria.

Para Touraine (1995), o Sujeito é o indivíduo movido pela vontade de agir para ser reconhecido como ator social. Este, por sua vez, é definido como o ser que age no sentido de modificar o ambiente social e material no qual está enredado. O Sujeito emerge, portanto, do esforço do indivíduo para exercer controle sobre o ambiente, de modo a dar sentido a esse ambiente e às relações que estabelece. É, portanto, nas relações e nas interações sociais que se constitui o Sujeito.

É na recusa de uma imagem artificial da vida social como máquina ou organismo, crítica feita, não em nome de princípios transcendentais, mas em nome da livre produção de si mesmo que leva a afirmar o Sujeito e seus direitos em um mundo onde o ser humano é transformado em objeto (TOURAINÉ, 1995, p. 247).

Assim, o indivíduo, como Sujeito, não aceita completamente as identidades dadas a ele pela sociedade, pela família, no trabalho, no meio em que frequenta, dentre outros, pois é necessário que haja um desprendimento, uma contestação, seja total ou parcial, para que a

reflexão sobre essas identidades seja possível e, então, ele possa proceder além dos limites dos papéis sociais impostos e, assim, transformá-los.

Posto isso, a atuação dos indivíduos em sofrimento psíquico como Sujeito parte do reconhecimento destes e, assim, sua ação no meio social. Para tanto, é necessário dar credibilidade à sua voz, pois suas vozes são comumente silenciadas após seu diagnóstico e/ou ouvidas e compreendidas como delírios. Os debates demonstram, assim, uma preocupação de reconhecer esses indivíduos e sua participação como agentes na construção coletiva dos espaços sociais e das políticas.

É importante ressaltar que o processo de individualização na sociedade contemporânea altera as formas de exercício político, conforme explicitado no segundo e terceiro capítulos. O processo de individualização produz uma intensa diversidade de subgrupos, fazendo com que os partidos políticos não consigam mais representar todas as identidades existentes, o que leva a uma crise da democracia representativa, um esvaziamento dos espaços institucionais de participação e maior expressão política nos espaços públicos. Ademais, as identidades fluídas produziram uma gama maior por políticas e direitos específicos, dificultando as respostas por parte do governo.

Lipovetsky (2005a) afirma que o advento da individualização não põe fim às lutas sociais e à participação política, mas sim as transforma em mobilizações de grupos sem estarem vinculados a instituições – como sindicatos e partidos políticos. Tal fato pode ser evidenciado pelo próprio Movimento da Luta Antimanicomial, que conta com a participação dos usuários, familiares, trabalhadores e demais grupos da sociedade civil, sem estarem vinculados ao governo ou mesmo a um partido político. Mesmo a participação em fóruns, congressos na área da saúde, manifestações públicas, grupos em redes virtuais são formas de participação desinstitucionalizada, mas que podem pautar a agenda política por meio dos debates.

Em suma, as participações nas esferas públicas – espaços que se inserem nas estruturas dos Estados – passam hoje por um processo de esvaziamento, enquanto que os espaços públicos, que são próprios da sociedade civil, têm sido os locais de maior expressão política (TEIXEIRA, 2001). Os espaços públicos podem ser praças, ruas, redes sociais, fóruns, movimentos livres – sem bandeira partidária –, etc.

Tal processo é evidente ao se analisarem os Conselhos de Saúde, que hoje se mostram esvaziados e, portanto, frágeis na participação da sociedade civil. Tornaram-se espaços burocratizados, cujos usuários têm pouca ou nenhuma voz. Em contraponto, as Conferências de Saúde, por mais que sejam esfera pública – institucionais –, ou seja, convocadas pelo Poder Executivo, ainda são espaços em que a sociedade se articula para expor sua opinião e garantir os interesses e as necessidades da população. Esse é um espaço que ainda continua sendo eficaz, mesmo diante da fragilidade da política institucional na sociedade atual.

As novas tecnologias são hoje utilizadas como meio de participação política, pois permitem aos seus usuários expressar opiniões em blogs e redes sociais, levantar debates, protestar, convocar manifestações, fazer abaixo-assinados (CASTELLS, 1999a). Além disso, permitem que a participação extrapole os meios institucionais e se torne uma manifestação individual (seja por meio de uma mensagem específica na rede social) ou por participação em algum grupo específico. Tais formas de expressão são capazes de abarcar os diversos grupos identitários que a democracia representativa não consegue expressar. Um indivíduo é capaz de fazer parte de vários grupos distintos já que cada grupo pode expressar uma parte de sua identidade fluída (BAUMAN, 2001). Assim, a atual forma de participação permite a expressão por demandas específicas – que hoje, em detrimento do processo de individualização, tornaram-se cada vez mais recorrentes – e devem, de alguma maneira, influenciar a agenda estatal.

Enfim, no que concerne à participação política do sujeito em sofrimento psíquico, esta passa pela superação da concepção de loucura como patologia e, assim, do reconhecimento desses indivíduos como sujeitos, segundo Touraine (1995). Dessa forma, podem se tornar atores sociais e influenciar a transformação da sociedade e os processos decisórios políticos.

5.1.3. Direitos sociais

Com relação aos direitos sociais, quatro foram os mais evidenciados, quais sejam, a moradia, a saúde, o trabalho e a assistência.

Segundo Scarcelli (2011, p. 73), “caberia ao estado a obrigação de assistência devida por direito de cidadania bem como pelo comprometimento da sociedade no apoio” aos indivíduos egressos dos hospitais psiquiátricos. Constituição de 1988 afirma que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. Cabe ao Estado, então, zelar por tais questões.

Nos materiais analisados, os direitos sociais aparecem associados aos serviços oferecidos pelo Estado, mais especificamente aos serviços implantados como suporte à reforma psiquiátrica e à desinstitucionalização no país. A moradia aparece vinculada ao serviço de residência terapêutica; a saúde, ao acesso aos serviços extra-hospitalares; o trabalho, aos projetos de solidariedade e projetos de geração de renda; e, por fim, a assistência, a formas de suporte social e cuidado. De acordo com a imagem abaixo, esses serviços estão concentrados como um todo na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) implantada em 2011.

Na figura a seguir, é possível identificar os quatro direitos sociais mais citados nos materiais em forma de serviço inseridos na Raps: a estratégia de desinstitucionalização, referindo-se aos direitos de assistência e moradia; a atenção básica, estratégica, hospitalar, de emergência e transitória, referindo-se ao direito à saúde; a estratégia de reabilitação psicossocial como direito ao trabalho.

Figura 3. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

Fonte: Ministério da Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, 2011.

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando a redução gradual dos leitos psiquiátricos. Referenciada pela Reforma Psiquiátrica, visa a redirecionar o modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para a atenção integrada, em rede, baseada no território. Costa-Rosa (2003) designa as mudanças da reforma psiquiátrica ao distinguir dois modelos paradigmáticos; um caracterizado como modo asilar (ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja ‘medicamentoso’) e outro como psicossocial (considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes).

Desde a reestruturação da política de saúde mental, diversos dispositivos foram criados para estimular a desinstitucionalização e o atendimento extra-hospitalar. Nas últimas décadas, viu-se a criação de diversos dispositivos: residências terapêuticas, centros de convivência, centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (Capsi), centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps ad), centros de atenção psicossocial 24horas (Caps III), leitos em hospitais gerais, etc. Os serviços públicos de saúde estão articulados em rede e, portanto, não devem esgotar seus serviços em si mesmos, pois precisam estar articulados com os demais níveis de atenção.

Os Caps, por serem um serviço estratégico da saúde mental, devem articular todas as instâncias de cuidados em saúde mental, desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família (PSF), na rede de ambulatorios, nos hospitais, bem como nas atividades de suporte social. É nesse sentido que Yasui (2006, p. 107) afirma que o Caps

(...) não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É possibilidade de tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

O Caps, entendido assim como uma estratégia de cuidado e de mudança no modelo assistencial em saúde mental, para estar em consonância com o modelo psicossocial preconizado por Costa Rosa (2003), deve desenvolver ações que promovam a autonomia dos usuários, incentivando sua participação e integração na comunidade, de forma a ampliar o poder contratual e as possibilidades de trocas afetivas e materiais.

As políticas de saúde mental, no que se refere às estratégias de desinstitucionalização, devem, portanto, estar associadas também a outras formas de suporte que vão além da saúde, tais como as políticas de geração de renda, auxílios financeiros e moradia, que, nesse caso, são os demais direitos sociais: residências terapêuticas, auxílio do Programa de Volta para Casa e iniciativas de geração de renda. Estas são políticas sociais que visam à inclusão social. Assim, o que são cada um desses equipamentos/programas?

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), também conhecido como Residência Terapêutica (RT), são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de indivíduos em sofrimento psíquico em grau de vulnerabilidade social e sem o suporte familiar. O número de moradores pode variar, chegando ao número máximo entre oito e 10 pessoas. Cada residência conta com suporte profissional. Ademais, as RTs são vinculadas a um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e conta com o apoio dos demais componentes da rede. Esse serviço está associado à categoria de direito social à moradia e à assistência, visto que garante casa e assistência ao indivíduo com esse grau de vulnerabilidade social.

O Programa de Volta para Casa, também inserido na estratégia de desinstitucionalização na Raps, consiste no pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Seu objetivo é

contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidado, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003, p. 01).

Esse programa institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social de pessoas com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Regulamentado pela Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, o Programa de Volta Para Casa dispõe sobre o benefício, cujo valor é de três quartos do total de um salário mínimo vigente, à pessoa ou a seu representante legal, com duração de um ano, podendo ser prorrogado. Caracteriza-se como uma estratégia do governo para estimular a assistência extra-hospitalar, uma vez que auxilia os usuários nas despesas diárias, como compra de alimentos, de roupas, de medicações, transporte para a circulação pela cidade, etc.

Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais aparecem na Raps como estratégia de reabilitação psicossocial. Entende-se aqui que o acesso ao trabalho é um direito social, ou seja, inserido no eixo da cidadania. Entretanto, quando utilizado como estratégia de reabilitação, ele está inserido no eixo da inclusão social. Assim, será aqui considerado na categoria inclusão e analisado no próximo tópico deste capítulo.

É importante salientar que, nos artigos analisados, encontramos referências ao trabalho não apenas como recurso terapêutico, mas sim como direito de todo cidadão na participação das relações de produção (ANDRADE et. al, 2010). O trabalho é, assim, compreendido na teoria da reabilitação psicossocial como estratégia de produção de trocas de mercadorias, valores. É a categoria trabalho entendida como valor social. Tendo a possibilidade de trabalhar e receber por seu trabalho, esse indivíduo é reconhecido como sujeito de direito e capaz de produzir e realizar trocas.

É importante notar que, no paradigma da individualização na sociedade contemporânea, há a culpabilização do indivíduo por sua história e suas escolhas biográficas.

Segundo Beck (2011), com o desprendimento das formações e dos vínculos sociais estabelecidos historicamente, começa-se a desenhar uma concepção de indivíduo alicerçada na formulação de liberdade, que visa às condições necessárias para a construção de um projeto de vida com opções de escolhas, possibilidades e decisões que só podem ser tomadas individualmente. O autor nos mostra que, nesse processo, o indivíduo, compreendido como agente que define sua vida, sua história e suas escolhas é, portanto, responsável por sua biografia. É possível inferir, que se o indivíduo não “venceu na vida”, no sentido do paradigma capitalista, a culpa recai sob as suas escolhas e, portanto, sob o próprio indivíduo.

Nesse sentido, os problemas sociais passam a ser compreendidos como individuais, ou seja, perde-se a dimensão do social, da crítica ao capital e da desigualdade social. Segundo Beck (1997), esse processo induz imposição da culpa por qualquer mazela ao próprio indivíduo. Essa compreensão reforça as críticas aos programas sociais e retira do Estado a responsabilidade por sua assistência e pelo suporte dos problemas sociais.

Os direitos sociais acabam por ser privatizados e oferecidos por organizações não governamentais e por entidades privadas em parcerias com a administração pública que prestam serviços ao setor público. É o que se vê hoje, comumente, sobretudo no setor da saúde e educação. Scarcelli insere essa discussão no âmbito dos paradigmas neoliberais.

Podemos entender que a era da globalização, de políticas neoliberais, vem carregada de uma ‘desresponsabilização’ progressiva do Estado em relação a tomar para si a responsabilidade de priorizar políticas sociais. Neste contexto, o desenvolvimento de práticas ‘inclusivas’, desvinculadas de instancias governamentais e normatizando essas ‘desresponsabilização’ dos níveis estatais (SCARCELLI, 2001, p. 75).

Paralelo a esse processo, o cidadão passa a ser visto como um consumidor de serviços prestados pelo Estado e, conseqüentemente, “podemos estar reduzindo o papel do cidadão, transformando-o em consumidor, em usuário de serviço” (SCARCELLI, 2001, p. 75).

Scarcelli (2011) traz para esse debate a preocupação de que muitas vezes a política, seja em sua formulação e/ou em sua execução, não consegue captar a real necessidade do seu público-alvo. Para tal, a autora analisa o caso das residências terapêuticas que, junto com o Programa de Volta para Casa e Reestrutura da Assistência Hospitalar do SUS, fazem parte

das diretrizes que buscam superar o modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Tais programas de inserção social devem transcender o âmbito da assistência

(...) e para isso é necessário ampliar os horizontes para além da assistência, pois a casa, por exemplo, pode ser significada como mais um dos equipamentos assistenciais e não o local do habitar, o local de onde pode partir, do qual se pode construir uma rede social (SCARCELLI, 2011, p. 78).

Neste sentido, a autora alerta que é preciso ter cuidado no sentido de a rede de suporte da desinstitucionalização não se restringir simplesmente à assistência e à clínica e, assim, transferir a lógica manicomial para a rede extra-hospitalar. Segundo Scarcelli, o propósito dessas políticas é a construir o direito pleno de cidadania.

A transmutação do sujeito-sujeitado para o sujeito-cidadão exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, do serviço às políticas públicas, dos setores específicos à intersectorialidade, das representações sociais às representações inconscientes, da intersubjetividade à intrasubjetividade; o trânsito horizontal e vertical entre o âmbito jurídico, social-cultural, teórico-conceitual e técnico assistencial (SCARCELLI, 2011, p. 78).

Em suma, se o objetivo é resgatar o exercício da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, cabe retomar o que aqui se compreende por cidadania. Como já explicitado, cidadania é a identidade social política de um indivíduo que vive dentro de um Estado e é composta de três elementos: o vínculo de pertencimento a um Estado-Nação; a participação política /coletiva; a posse de direitos e deveres. Esses três elementos formam três categorias de cidadãos²³: cidadão isolado, cidadão politicamente passivo e cidadão pleno.

No que se refere ao sujeito em sofrimento psíquico institucionalizado, ou seja, internado em um hospital psiquiátrico, sem direito a voz, sem acesso à educação, sem direito de exercer seus direitos políticos, etc., esse indivíduo se encaixa na categoria de cidadão isolado. Ele só pode ser considerado um cidadão por pertencer a um Estado-Nação, entretanto, não pode exercer seus direitos políticos e nem tem seus direitos sociais garantidos, como o próprio direito a educação e ao trabalho garantido.

No material analisado, poucos são os artigos que conseguem articular os três direitos que compõem o exercício da cidadania. Conforme explicitado no Capítulo 5, a maioria dos

²³ Para relembrar a definição de cidadania, retomar Capítulo 1, subitem 1.1.2. Tipologia da cidadania.

artigos explicitou associações aos direitos civis; em segundo lugar foram os direitos políticos; e, em terceiro, os direitos sociais. Dessa maneira, poucos conseguiriam alcançar o que aqui se considera cidadania plena.

Cabe lembrar o artigo de Jesus e Araujo (2011), que analisaram os significados de oficinas desenvolvidas com moradores de residências terapêuticas, com o objetivo de desenvolver a consciência cidadã dos participantes.

A função delas era desenvolver uma ‘consciência cidadã, colocando os usuários a par dos dispositivos burocráticos e políticos que gerenciam o funcionamento do Estado, o conhecimento de suas responsabilidades e direitos sociais, bem como meios de usufruí-los, promovendo a autonomia, o aumento do poder contratual. No geral, era incentivado o exercício da cidadania em lugar da tutela (JESUS e ARAUJO, 2011, p. 74).

Desse modo, pode-se concluir que, por meio dos debates de questões como direitos civis, sociais e políticos, incentivava-se o livre exercício da cidadania plena.

Quanto às Conferências, foi apenas a quarta que evidenciou associações mais completas ao conceito de cidadania, relacionadas aos três direitos: civis (regulamentação das internações involuntárias e revisão dos processos de interdição), sociais (acesso a políticas públicas da assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, etc.) e políticos (fomento ao protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS).

Já as legislações fazem mais referências aos direitos civis e direitos sociais. Há quase nenhuma referência a direitos políticos, com exceção das Portarias n. 3.088 e n. 106. Essa falta de preocupação com o exercício político acaba por estimular a cidadania passiva. Assim, o Estado, representado neste caso pela legislação analisada, não estimula a cidadania plena dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Por fim, cabe salientar que, para que esse indivíduo consiga se encaixar na categoria de cidadão pleno, será necessário que ele reconquiste seu direito a ter voz, o acesso aos direitos sociais e ao livre exercício do seu direito político. Para tanto, será imprescindível que, como já mencionado na análise das categorias dos direitos civis, sejam rompidos os paradigmas da irracionalidade e da periculosidade que permanecem vinculados a esses

sujeitos. Se isso não ocorrer, esse indivíduo conseguirá no máximo se encaixar na categoria de cidadão politicamente passivo, ou seja, que apenas retoma o acesso aos direitos sociais.

5.2. INCLUSÃO SOCIAL

Com relação à categoria inclusão social, no material analisado identificaram-se as principais associações com estigma, família, cidade, laços sociais, trabalho, autonomia e contratualidade, sendo os três primeiros os mais citados.

Conforme já mencionado no Capítulo 2, para combater o processo de exclusão social, deve-se atacar três dimensões: a precarização do trabalho, a precarização da sociabilidade primária e o estigma. Ao analisar conjuntamente os resultados encontrados no material de pesquisa com a definição de exclusão social, é possível identificar que há aproximações entre as concepções.

Figura 4. Esquema de análise da inclusão social

Fonte: elaboração própria.

Como é possível visualizar na figura acima, as categorias família e laços sociais fazem parte da dimensão da sociabilidade primária; o trabalho fica na dimensão da precarização do trabalho e o estigma em sua própria dimensão.

Já as categorias contratualidade e autonomia são complementares entre si e permeiam as três dimensões, pois impulsionam o combate da precarização do trabalho, nas relações sociais e na própria superação do estigma. Elas estão vinculadas às premissas da reabilitação psicossocial. Por tal motivo, na imagem, foram deixadas para fora das três dimensões.

A categoria cidade/território também não aparece vinculada a nenhuma dimensão, pois foi considerada como um lugar, um palco onde todas as demais dimensões e categorias acontecem.

Dessa forma, as categorias cidade/território, contratualidade e autonomia serão analisadas ao longo das três dimensões segundo suas influências nas demais categorias.

Explicitada a relação entre o resultado do material analisado e nossa concepção de exclusão social, cabe agora analisar cada uma das dimensões e suas categorias associadas.

5.2.1. Dimensão da sociabilidade primária

A dimensão da sociabilidade primária, segundo Castel (1998), é regida pelos vínculos estabelecidos na relação de proximidade, pertencimento e interdependência. São redes, sem a medição do Estado, formadas por vínculos com a família, vizinhos, amigos, etc., ou seja, os laços sociais.

Os artigos e as legislações analisados deixaram claro que a formação dos laços sociais é fator importante para a inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Os laços sociais, nos artigos, aparecem como meios de possibilitar trocas e também vinculados à estratégia da reabilitação psicossocial por meio do estímulo do poder contratual.

Como já afirmado, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como espinha dorsal a desinstitucionalização e, como um de seus eixos, a reabilitação psicossocial. “(...) a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que

desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental” (PITTA, 1996, p. 19).

Segundo Pitta (1996), a definição clássica da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* afirma que a reabilitação deve ser um processo que visa a facilitar ao indivíduo o desenvolvimento de sua autonomia no exercício de suas funções na comunidade.

Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis ao modo de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996, p. 21).

Segundo a autora, a reabilitação é uma concepção que deve permear a construção da política de saúde mental e estar presente não somente na construção dos serviços, mas também no dia a dia de todos os profissionais da área e de seus familiares. Para Saraceno (2001, p. 112),

(...) a reabilitação seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas e de recursos e afetos; é somete no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador. Assim sendo, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os autores (e os poderes) em jogo são muito e reciprocamente multiplicantes.

A reabilitação, assim, abre espaços de negociação entre os indivíduos em sofrimento psíquico, sua família e a comunidade em que vive. Não implica simplesmente habilitação ou adaptação da pessoa ao meio em que vive, mas sim um processo de ampliação do poder de negociação e realização de seus projetos, desejos e formas de se expressar no mundo.

Para Kinoshita (1996), a reabilitação psicossocial seria um processo de restituição do poder contratual do usuário, visando a ampliar sua autonomia. Portanto, está também associada a um processo para devolver habilidades perdidas, devolver a autonomia do sujeito. A autonomia é entendida como a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. É restituir as condições internas e externas das suas potencialidades, para que ocupe o espaço que lhe compete como sujeito na busca da autonomia perdida pela dependência e limitação imposta pela exclusão e o preconceito.

No enfoque da Reforma Democrática italiana, inspiração para a Reforma Psiquiátrica brasileira, a reabilitação psicossocial é vista como um processo de cidadania, não apenas ao restituir os direitos suprimidos, mas ao construir a relação afetiva, relacional, habitacional e produtiva, o que os autores denominam de trocas efetuadas a partir da contratualidade (SARACENO, 2001). Em suma, o conceito de cidadania utilizado por tais teóricos vai além dos direitos e se aproxima do que, nesta tese, considera-se ser a dimensão da categoria de inclusão social.

Em consonância com Saraceno (2001), no artigo analisado de Fonseca et al (2008), o autor afirma que o poder contratual possibilita o exercício da escolha, da tolerância com as decisões coletivas e, assim, melhoraria os relacionamentos interpessoais. Dutra (2011, p. 222) aprofunda ainda mais essa discussão e afirma que a contratualidade permite “(...) refazer os laços familiares, estabelecer novos relacionamentos com vizinhos e antigos conhecidos, frequentar grupos religiosos e sociais, enfim, investir na retomada da vida”.

O artigo de Gonçalves e Barros (2013) vai na mesma direção, ao afirmar que o trabalho da desinstitucionalização busca estabelecer múltiplas formas de relação com o mundo e dar suporte à expansão das redes vivenciais dos sujeitos. Segundo os autores, o acompanhamento terapêutico possibilita mapeamento da “rede social e construção de novos rearranjos das/nas redes das quais faz parte (...) tais redes podem incluir desde a família até os amigos, colegas de trabalho e/ou estudo, vizinhos e pares comunitários” (GONÇALVES; BARROS, 2013, p. 110). Segundo os autores, a circulação pelos espaços da cidade possibilita essas novas experiências por meio dos encontros que a cidade oferece.

Dimenstein e Bezerra (2009a; 2009b) analisam a importância da alta-assistida, modalidade terapêutica que utiliza a cidade como estratégia de enlace social. Ou seja, ela promove a passagem de um espaço fechado para o território da cidade, possibilitando a incursão no espaço urbano, a produção de novos modos de vida e a formação de laços sociais. Essas considerações nos remetem à importância da formação/retomada dos laços sociais para a desinstitucionalização. Dessa forma, cabe analisar como esses laços se dão na sociedade contemporânea e como eles influenciam a inclusão social desses sujeitos em sofrimento psíquico.

Bauman (2004) caracteriza as relações humanas contemporâneas a partir da fragilidade e da flexibilização que apresentam. O agente que atua nesse cenário é o indivíduo sem vínculos, livre de compromisso com o outro. Entretanto, ele é corroído pela insegurança. Para o autor, esse indivíduo sem vínculos e a natureza liquefeita dos laços sociais na modernidade são, assim como o Holocausto nazista, fenômenos recorrentes da racionalidade e da modernidade, embora sejam mais especificamente relacionados à globalização e à individualização.

No entender do autor, a fragilidade das relações sociais produz o sentimento de insegurança e medo. Tais “medos nasceram com a irrupção simultânea da liberalização e do individualismo” (BAUMAN, 2006, p.16). Em face desses dois processos, a primeira modernidade criou uma gama diferenciada de laços de solidariedade e de suporte – sejam sociais, econômicos ou afetivos – em torno de determinadas organizações, como sindicatos, agrupamentos de classe, associações, etc. Contudo, o caráter fluido da sociedade contemporânea dissolveu a maior parte desses pilares que sustentavam essas redes. Assim, os indivíduos tornaram-se hoje mais frágeis e vulneráveis a uma série de medos e inseguranças.

Nesse cenário, as relações são reconfiguradas obedecendo aos princípios do consumismo, caracterizado mais pelo uso e pelo descarte frenético de bens do que pelo seu acúmulo. Nessa sociedade, as experiências, as relações e até a memória são produzidas e estão à venda. O outro, portanto, transforma-se em mais um produto disponível para consumo, um consumo emocional. Esses “produtos” – filhos, cônjuges e amigos – são passíveis de investimento – de tempo e de recursos – e seu valor é determinado pelo custo desse mesmo investimento. Nossas relações tornam-se cada vez mais “flexíveis”, gerando níveis de insegurança sempre maiores (BAUMAN, 2004).

Assim, observamos uma crescente fragilidade nos laços sociais e uma priorização nos relacionamentos em redes sociais, pois eles podem ser tecidos ou desfeitos com igual facilidade – frequentemente, sem que isso envolva nenhum contato além do virtual –, e perdemos, dessa forma, a capacidade de manter laços a longo prazo (BAUMAN, 2004, 2005a). Assim, O indivíduo encontra-se, assim, em constante insegurança ante a outrora segurança dos frágeis laços sociais na primeira modernidade.

A família, no material analisado, também aparece como parte integrante da estratégia para a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico em processo de desinstitucionalização. A

própria Lei n. 10.2016 cita “alcançar sua recuperação pela inserção na família (...)”, e a Portaria n. 3.090 GM/MS/201, a “reconstrução das referências familiares”.

Reforçando o discurso da importância da família, Silva e Azevedo (2011, p. 50) afirmam que “a reforma veio para incluir o usuário à família, à sociedade (...)”. Nesse mesmo sentido, Antunes e Queiroz (2007) dizem que a desinstitucionalização é a transição de uma ordem centrada no hospital para outra centrada na família e no meio social do usuário. É nesse sentido que a família é vista como um dos pilares para o processo de desinstitucionalização. Entretanto, muitos autores também fazem ressalvas quanto à dificuldade da família nesse processo, seja por conta do estigma de periculosidade (GONÇALVES; SENA, 2001), seja pela falta de compreensão e suporte psicológico e financeiro (GAMBATTO; SILVA, 2006).

Esse discurso da família como parte importante do tratamento desses indivíduos aponta duas questões complementares:

1. A primeira é que se, no modelo hospitalocêntrico, a família se eximia da responsabilidade de cuidar do seu ente e transferia essa tarefa ao hospital, no atual modelo implantado pela reforma psiquiátrica, essa responsabilidade recai sobre a família e, em última instância, sobre o Estado (casos de moradores das RTs).
2. A segunda questão aponta que essa tendência de responsabilizar a família mostra que esse modelo da reforma psiquiátrica está em consonância com o que vem ocorrendo nas políticas governamentais como um todo. É o contexto político que De Martino (2001) chamou de neoliberalismo familiarista e que implicou transferir do Estado para a família a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros.

Mioto et al. (2007), assim como De Martino, afirma que, com o advento do modelo neoliberal, ganhou força o movimento que dilui a responsabilidade coletiva pela proteção social e, em seu lugar, foi reforçada a tese da responsabilização do indivíduo e de suas famílias pela proteção social. Esse pensamento está em conformidade com os processos de individualização iniciados na segunda metade do século 20, analisados por Bauman e Beck. Nesse processo, a proteção social como responsabilidade coletiva é substituída pela individualização.

Esse contexto implicou na adoção de uma solução familiar para a proteção social, no sentido de reduzir a dependência em relação aos serviços públicos e redescobrir a autonomia familiar enquanto capacidade de resolver seus problemas e necessidades” (MIOTO et. al., 2007, p. 198).

O que se quer pontuar não é a importância da estrutura familiar para a sociedade, mas sim a transferência da responsabilidade do Estado para a família e para o indivíduo no enfrentamento de questões sociais.

Ademais, cabe ressaltar que, nas últimas décadas, a própria estrutura familiar vem-se modificando, como resultado das próprias transformações sociais: a redução do número de filhos, a queda das famílias nucleares, o aumento das famílias monoparentais com a predominância da mulher como chefe de família, o aumento das pessoas que vivem só e de famílias homossexuais, etc. As novas formas de configuração familiar podem ser compreendidas como novas possibilidades de sociabilidade no contexto societário contemporâneo e resultados dos processos de individualização.

Dessa forma, não há mais como pensar a organização familiar em um modelo nuclear, conjugal e monogâmico, composto de mãe, pai e filho, vivendo sob um padrão de ordem rígida, com base em papéis bem definidos. Esse modelo está sofrendo profundas transformações (CARVALHO, 2000). Dessa forma, não se pode falar de família, mas de famílias, a fim de se contemplar a diversidade de relações que convivem na sociedade. Por conseguinte, pensar uma política pública com base em uma família dessa forma, como um modelo idealizado, significa pensar de forma desconectada da realidade.

Conforme já mencionado no Capítulo 2, para Lipovetsky (2005a), o processo da (hiper)individualização na sociedade contemporânea enfraqueceu os laços sociais. Essa fragilidade é evidente tanto nas relações familiares quanto nas demais relações da sociabilidade primária. Tendo como base o atual contexto sócio-histórico, é possível dizer, segundo tal autor, que no mundo contemporâneo tanto as relações familiares como as demais relações sociais passaram a se constituir da ótica do mercado e do consumo.

Dessa maneira, o que se vê é que a célula familiar vem reforçar essa contemporaneidade marcada pela cultura exacerbada do efêmero, da individualidade e do narcisismo. Nesse contexto de exacerbação de si e de uma forte desvalorização do coletivo, torna-se possível melhor compreender a liquidez e a fragilidade dos laços afetivos. Segundo

Bauman (2001), a marca da contemporaneidade é a vontade de liberdade e esta tende a acompanhar a velocidade das mudanças econômicas, tecnológicas, culturais e do cotidiano.

A formação de uma família hoje é um projeto individual, ou seja, uma escolha pessoal, e essa decisão pode ser transitória e não mais definitiva, como nas sociedades tradicionais. A família, portanto, perde a centralidade na constituição da identidade do indivíduo, o que não ocorria na sociedade tradicional e na primeira modernidade, e o consumo assume assim seu lugar como parte definidora dessa constituição.

No mundo contemporâneo, a família deixou de ser uma unidade rígida e certa, visto que era algo que se buscava e idealizava desde o nascimento, tanto do ponto de vista econômico (junção das heranças e manutenção do poder), quanto como forma de segurança. No contexto atual, o amor, o casamento, a família, a sexualidade e o trabalho, antes vividos por meio de papéis preestabelecidos, passam a ser concebidos como parte de um projeto em que a individualidade prevalece e adquire cada vez mais importância social e implicações nas relações familiares. Assim, o caráter relacional da família corresponde à lógica de sua própria construção.

Em contraposição a Carvalho (2000), que afirma que a família não perde sua condição potencial de assegurar a sociabilização, a criação de vínculos relacionais e a proteção de seus membros na contemporaneidade, acredita-se aqui que sua centralidade está sim enfraquecida, tendo em vista o processo de individualização e o fato de o Estado levar em consideração esse processo.

Na contramão do discurso sobre as fragilidades da família, esta vem assumindo um papel central nas políticas sociais por meio do discurso de sua valorização no contexto da vida social.

Na contemporaneidade, a família é incluída como eixo estruturante das políticas públicas de saúde e assistência social por meio do princípio da matricialidade sociofamiliar, cujo objetivo principal é fortalecer e garantir o apoio à família no exercício de seu papel de proteção e cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Desse modo, a família e os indivíduos devem receber apoio para exercer sua função protetiva nos seus territórios (SILVIA; ROSA, 2014, p. 258).

Segundo Silvia e Rosa (2014), a matricialidade sociofamiliar significa uma conquista para as políticas públicas. Utiliza, no entanto, o seio familiar como agente privado da proteção social.

A política de saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, busca incluir a família como principal parceira dos serviços, em face de seu papel de proteção e cuidado. Recai, dessa forma, sobre a família a grande responsabilidade de cuidar de seu membro em estado de sofrimento psíquico, bem como de lidar com o preconceito e o estigma que sofrem tais indivíduos.

No âmbito do debate sobre as dificuldades encontradas pela família, a segunda Conferência propôs promover um atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico que pudesse integrar a família e desenvolver um programa de esclarecimento e apoio. Essas propostas em relação à família foram mantidas e aprofundadas nas conferências que se seguiram.

Tais evidências das fragilidades dos laços sociais e da família nos levam a concluir que a intervenção do Estado na própria sociabilidade primária se torna necessária para o suporte das pessoas em vulnerabilidade social, como é o caso dos indivíduos em sofrimento psíquico. Esse é um dos motivos que reforça a importância de programas, como o das Residências Terapêuticas (RT), que tenham como eixo central a prática da reabilitação psicossocial no trabalho dos cuidadores das casas.

É óbvio, entretanto, que o processo de reabilitação psicossocial inserido no contexto de uma RT deve buscar a inclusão do morador na rede de serviços, organizações e relações sociais com a comunidade, de modo a criar os laços sociais. Isso significa que a transferência de um morador de um hospital psiquiátrico para uma RT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social desse indivíduo. O estímulo à autonomia e ao poder de contratualidade são alguns dos objetivos que devem estar presentes no trabalho desenvolvido nas residências.

A ideia de casa traz consigo experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso de tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos, o uso de objetos e oportunidades de vida diária não centrados nas diretrizes massivas de cuidado, mas, justo o contrário, centrado nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa (PITTA, 1996, p. 21).

Como foi possível perceber, na atual política de saúde mental, a família é vista da ótica do cuidado e da proteção de seus membros, o que evidencia o distanciamento da política ante o atual contexto da sociabilidade primária na sociedade contemporânea. É evidente a necessidade de um diagnóstico do Estado diante das transformações sociais contemporâneas, visando a aproximar as políticas da dinâmica social.

Ademais, a necessidade de responsabilizar o Estado por suprir a precariedade da sociabilidade primária dos indivíduos em vulnerabilidade vai na contramão das críticas às políticas sociais em detrimento da culpabilização dos indivíduos por sua biografia, escolha, fracasso, etc. O atual processo de individualização, portanto, é anacrônico e ambivalente em si mesmo. Ao mesmo tempo em que procura a menor intervenção possível do Estado e dos demais indivíduos, bem como o aumento da liberdade individual, ele provoca fragilidade e insegurança nesses mesmos indivíduos, fazendo com que seja necessária a ação do Estado, de forma a suprir a precariedade da sociabilidade primária nos modos das políticas sociais, como as RTs inseridas no âmbito dos direitos sociais.

5.2.2. Dimensão da precariedade do trabalho

Segundo Saraceno (2001), o trabalho é um dos eixos centrais da construção da capacidade de contratualidade²⁴. Ademais, ressalte-se que este compõe o segundo eixo das dimensões da exclusão social, a precarização do trabalho.

É, contudo, necessário salientar a distinção entre o trabalho no paradigma psiquiátrico e no paradigma da reabilitação psicossocial. Saraceno (2001, p. 127) afirma que “o trabalho em manicômio é tão antigo como o próprio manicômio e por muito tempo ele se estabeleceu como um recurso terapêutico denominado tratamento moral ou laborterapia”. No Brasil, ele foi largamente utilizado com essa finalidade pelo psiquiatra Franco da Rocha. Contrário a essa visão, o trabalho no paradigma da reabilitação psicossocial promove um processo de articulação no campo dos interesses, das necessidades, do desejo, transformando esses indivíduos em sujeitos de sua própria história.

Pensamos que o trabalho possa ser uma alternativa no processo de reabilitação quando este supere o simples fato de manter o paciente

²⁴ Para Saraceno (2001), são três os eixos centrais da construção da capacidade de contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico: a moradia, a rede social e o trabalho.

entretido, ocupado e o faça sentir-se capaz, útil, importante e lhe proporcione auto-realização e produção de vida. O estabelecimento do diferencial entre a vida produtiva e a produção de vida deve ser considerado. O primeiro remete ao fazer algo, enquanto o segundo confere valor à vida (BABINSKI; HIRDES, 2004, p. 573).

Neste paradigma, como evidencia Babinski e Hirdes (2004), o trabalho passou a ser compreendido de novas perspectivas e concebido como recurso de produção e troca de mercadorias e de afetos e não mais simplesmente como instrumento terapêutico.

Por conseguinte, concernente aos materiais analisados, o trabalho aparece sempre relacionado ao segundo paradigma. Essa categoria foi identificada nos três tipos de materiais analisados (artigos, legislações e conferências), associados à economia solidária²⁵, cooperativas e projetos de geração de renda.

Na quarta Conferência, para a categoria trabalho foi proposta uma “(...) política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais (...)” (BRASIL, 2010, p. 111), por meio de “cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal” (BRASIL, 2010, p. 114).

Ademais, tais propostas também aparecem como programas na Raps no eixo de estratégia de reabilitação psicossocial. E, conforme já mencionado, a Portaria Interministerial n. 353, de 7/3/2005, institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, buscando construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhorem as condições concretas de vida.

Tais programas de inclusão no mercado se fazem necessárias diante das dificuldades que esses indivíduos encontram no mercado, seja pelo estigma, por tantos anos excluídos em hospitais psiquiátricos, pela própria falta de formação – consequência do preconceito que também encontram na sua inserção na educação formal. Cabe, ainda, ressaltar que, junto com todas essas dificuldades, a própria categoria trabalho vem sofrendo transformações em face do atual contexto social, o que pode inibir ainda mais essa inserção.

²⁵ Economia solidária, segundo Paul Singer (2003), é uma forma de geração de renda e trabalho voltada à inclusão social. É um conjunto de atividades econômicas (produção, venda, compra e troca) organizadas sob a forma de autogestão e cooperação. Ademais, é voltada para a propriedade coletiva do capital e a participação democrática das decisões dos membros da entidade.

Bauman (2001), Beck (2011) e Castel (1998) evidenciaram a centralidade do trabalho como meio de inserção social do indivíduo, que, segundo eles, vem sofrendo transformações ante a globalização, a inserção tecnológica, as mudanças no emprego industrial e a flexibilização nas contratações. Segundo Bauman, tais mudanças decorrem de um processo de compatibilização das organizações em relação às transformações na sociedade: centralidade do capital financeiro, tecnologias informatizadas e redefinições do papel dos Estados nacionais. Esse modelo rompeu com o fordismo e trouxe como base a flexibilização do trabalho e as cobranças de novas características do trabalhador.

Segundo Beck (2011), o modelo de ocupação integral é substituído por formas plurais e flexíveis de subocupação, e os três pilares do mundo do trabalho tradicional (direito do trabalhador, local de trabalho e tempo de trabalho) são desconstruídos. Nesse contexto, os riscos psíquicos e de saúde passam a ser privatizados para o próprio trabalhador que vive em meio a um processo de incerteza constante.

O processo de individualização trouxe ao indivíduo a responsabilização por sua trajetória individual no mercado de trabalho, o que implica a escolha da profissão, a necessidade de capacitações constantes e o desenvolvimento de características solicitadas pelo mercado. A não conquista do emprego dos sonhos é vista como derrota pelo próprio indivíduo. Esse processo tira da centralidade a classe social que lutava coletivamente e coloca no lugar o indivíduo. Em suma, o trabalho contemporâneo é caracterizado por uma precarização das relações trabalhistas e por ser um espaço de grande competitividade entre os indivíduos.

Posto esse panorama, cabe, então, salientar que um dos grandes desafios colocados para a política de desinstitucionalização encontra-se na dificuldade de acesso dos usuários à uma vida produtiva, quer dizer, a inclusão no mundo do trabalho ainda é importante barreira a ser transposta, objetivando alcançar melhores níveis de qualidade de vida e condições mais concretas de inclusão social. Esse contexto traz dificuldades à inserção dos indivíduos em processo de desinstitucionalização no mercado e reforça a necessidade de o Estado intervir por meios de políticas específicas de fomento de programas como os da economia solidária, cooperativas e projetos de geração de renda.

As cooperativas se constituem, assim, como um espaço em que essas pessoas com dificuldades de inserção no mercado possam fazê-lo, por uma via que acolhe e aborda esses indivíduos, que se tornam cooperados. Dessa forma, os indivíduos em processo de desinstitucionalização podem, nas cooperativas, encontrar um lugar na divisão social do trabalho, em vez da exclusão nos manicômios. Segundo Amarante (1997, p. 176):

(...) as cooperativas sociais são constituídas com o objetivo, não mais ‘terapêutico’, isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional, mas de construção efetiva de autonomies e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas Cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos.

De acordo com Amarante e Rotelli (1990), a inserção social por meio do paradigma da reabilitação não visa a ser uma adaptação a um mundo circunscrito, mas sim se constitui em um processo de transformação da realidade do indivíduo, modificando, então, o discurso que o exclui socialmente.

Enfim, como foi explicitado, para avançar na política de desinstitucionalização e de desconstrução do modelo manicomial, tem-se buscado alcançar intervenções no território relacionadas à reconstrução da identidade dos sujeitos e ao reencontro da sua individualidade a partir do uso do trabalho. Nessa contextualização, os programas de geração de renda e economia solidária são de extrema importância para esse fim.

5.2.3. Dimensão do Estigma

No material analisado, foi possível identificar que, no que se considera doença mental, a marca social que se destaca é a de incapacidade, irracionalidade e periculosidade.

Constatou-se que, no relatório da segunda Conferência, foi sugerido “criar Comissões de Divulgação, ao nível dos Municípios, para difundir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, desmistificarem a loucura e a periculosidade (...)” (BRASIL, 1994, p. 24). Já na terceira, houve a proposta de “elaborar e efetivar campanhas nacionais de esclarecimento e conscientização sobre a saúde mental e reforma Psiquiátrica, na mídia, através do Ministério da Saúde e das Comissões Municipais, Estaduais e Nacional da

Reforma Psiquiátrica, a fim de sensibilizar a população em geral sobre o preconceito e o estigma (...)” (BRASIL, 2001, p.136).

Nos artigos, Cunha (2004), Ribeiro e Avellar (2009), Argiles et al. (2013), Cedraz e Dimenstein (2005), Pietroluongo e Resende (2007), Moraes et al. (2010) e Leão e Barros (2008) também evidenciam a necessidade de romper com os estigmas para a inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

De acordo com Cunha (1988), o cenário da atual situação do sujeito em sofrimento psíquico deve combater três grandes eixos: “1) a suposta incapacidade do louco; 2) a suposta irresponsabilidade do louco; 3) a suposta violência do louco”.

Conforme já explicitado no Capítulo 2, segundo Goffman (1978), originalmente, o termo estigma foi cunhado na Grécia para designar as marcas físicas produzidas artificialmente no corpo de uma pessoa, com o objetivo de sinalizar que se tratava de uma pessoa moralmente inferior e, assim, indicar que o contato deveria ser evitado.

Na atualidade, a palavra estigma é utilizada com o sentido semelhante ao original, porém, refere-se à própria condição social de descrédito e não mais necessariamente a uma evidência corporal. Constitui-se em verdadeira marca social de inferioridade com base nos julgamentos dos indivíduos que compõem a comunidade na qual ocorre esse fenômeno.

A marca social que desde a modernidade representa o estigma do sujeito em sofrimento psíquico ganha visibilidade por meio do tratamento diferenciado que se dispensa a tais indivíduos, quer pelo preconceito envolvido, quer pela falta de conhecimento em saber lidar com a situação. Consequentemente, esse tratamento diferenciado contribui para aumentar a visibilidade da mácula social (GOFFMAN, 1978).

Dessa maneira, compreende-se que, para superar o estigma do sujeito em sofrimento psíquico, é necessário dar-lhe visibilidade e esclarecer a população sobre o sofrimento na saúde mental e alterar a legislação civil e penal.

O confinamento da loucura cria a invisibilidade desses sujeitos. Spadini e Souza (2006) observam em seu estudo que a pessoa considerada doente mental e sua família muitas vezes escondem o diagnóstico, para não serem classificados dentro da estereotipia que a

sociedade pratica, tentando muitas vezes evitar o preconceito, a exclusão e o estigma. Ao ser diagnosticado como tal, esse indivíduo, ou mesmo sua família, prefere não revelar o que está ocorrendo por vergonha. Mas esse comportamento reforça e até mesmo aumenta o estigma do imaginário pejorativo da sociedade em relação a tal diagnóstico.

Santos (2013) afirma que a desmitificação da loucura tem ganhado grande espaço devido aos movimentos da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. Entretanto, cabe ressaltar que esse estigma ainda é muito forte, tornando-se necessário um trabalho de esclarecimento e divulgação sobre a saúde mental para a população em geral. Essa ação está em consonância com a proposta da terceira conferência de esclarecimento e conscientização da população sobre a saúde mental.

Esse mesmo autor aponta que os profissionais de saúde mental podem contribuir para o fim do estigma e do preconceito ao realizarem atividades com foco em ações de integração familiar e social dos sujeitos em sofrimento psíquico. Para tanto, faz-se necessário utilizar os serviços substitutivos para romper com o estigma da loucura e criar ações que visem ao estímulo da autonomia e do exercício da cidadania, por meio de parcerias dentro da comunidade. Cabe também ao programa Raps esclarecer a comunidade sobre seu papel, sanar dúvidas e aumentar a participação dos sujeitos por meio de ações intersetoriais e sociais.

Quanto à necessidade de revisar a legislação, Cunha (2004) expõe que a visão estigmatizada do sujeito em sofrimento mental foi disseminada historicamente, por meio da cultura dos hospícios e da legislação criada. Nesse sentido, propõe a revisão das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade que sempre rotulam esses sujeitos. A manutenção dos conceitos de periculosidade e irracionalidade promove os sentimentos de medo, desconfiança e aversão, bem como propaga a ideia de que tais indivíduos são violentos e devem ficar isolados em manicômios. Para que essa visão seja superada, portanto, é imprescindível – como já se disse acima – desmitificar esse estigma por meio da superação do paradigma de periculosidade.

Cabe citar duas medidas que visam a alterar essa situação de estigma: a primeira é que, com a desinstitucionalização e o retorno da circulação dessas pessoas nas ruas das cidades, quebre-se o estigma de periculosidade e se crie uma nova forma de relacionamento com a loucura, um novo olhar que não seja mais com o foco na doença; a segunda decorre da

observação de que, com maior visibilidade, se volte a falar sobre o sofrimento psíquico como parte constitutiva dos indivíduos e não mais como uma anormalidade que precisa ser segregada.

Honorato e Pinheiros (2008) afirmam que a inclusão social depende da vida cotidiana na cidade e com a sociedade. Ela ocorre por meio do relacionamento social, consumo, integração com a cidade e desenvolvimento de autonomia. A circulação nas ruas promove saúde e reabilitação, pois potencializa a criação de novos laços sociais e o estabelecimento na rede de contraturalidade do sujeito (MINOZZO et al., 2012),

Na contemporaneidade, a cidade é o palco onde ocorrem as trocas sociais e o lugar para o qual os indivíduos em processo de desinstitucionalização são enviados. Como mencionado por Plantier (2015), o desenvolvimento urbano esteve atrelado ao isolamento da loucura no país e, contraditoriamente, com a reforma psiquiátrica, esse espaço agora se atrela à sua inclusão. Com efeito, a desinstitucionalização pressupõe a saída dos moradores dos hospitais psiquiátricos para a sociedade. Para que haja uma verdadeira inserção social, é necessário quebrar o estigma que foi imposto a esses indivíduos por tantos anos. Só assim essas pessoas, que antes viviam isoladas nos manicômios, poderão circular livremente nas ruas das cidades e ter a possibilidade de se sentir parte integrante desta sociedade.

Ao analisar esse processo de desinstitucionalização e a inclusão social do indivíduo em sofrimento psíquico, ante a individualização da sociedade contemporânea, pode-se, certamente, inferir duas situações: por um lado, a fluidez, a valorização da diversidade e a opção pelas identidades individuais podem facilitar sua inclusão, pois não temos mais as amarras da tradição e a lógica da sociedade burguesa modernista; por outro, os frágeis laços sociais, a precarização das relações de trabalho e a valorização do consumo dificultam muito a inserção de um indivíduo que já sofreu muitas perdas e que necessita de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve o objetivo de analisar – em face das transformações da sociedade contemporânea – as referências e associações das categorias de cidadania e inclusão social ao sujeito em sofrimento psíquico na política de desinstitucionalização.

A análise de 56 artigos científicos, 10 legislações e quatro relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, visando a identificar as associações e referências às categorias de cidadania e inclusão social, como já exposto na metodologia, partiu dos seguintes pressupostos:

- a inclusão social e a cidadania são eixos estruturantes para a política de desinstitucionalização;
- as categorias de cidadania e inclusão social são distintas;
- as categorias de cidadania e inclusão social devem ser compreendidas dentro do seu contexto sócio-histórico;
- o meio social deve ser compreendido como parte intrínseca e fundamental das transformações do próprio Estado, bem como das modificações da relação entre ele e a sociedade;
- o momento histórico da contemporaneidade é de mudanças de paradigmas da Modernidade, que por mais de um século guiaram a vida da sociedade ocidental;
- tais mudanças provocam impactos nas formas de exercício da cidadania e nos modos de inclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A pergunta inicial que levou à formulação de uma hipótese que poderia responder a tais indagações foi: qual o entendimento do campo da saúde mental em relação às categorias de cidadania e inclusão social na política de desinstitucionalização? Essas compreensões estão em consonância com as transformações sociais da sociedade contemporânea? E, por sua vez, a hipótese inicialmente aventada e que norteou o desenrolar dos estudos pode ser formulada com a seguinte assertiva: no contexto da política de desinstitucionalização, a saída do manicômio e o acesso aos serviços extra-hospitalares não garantem uma efetiva inclusão social e o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essa população deixa o hospital para entrar em uma cidade que ainda não está preparada para recebê-la, pois seu estigma não foi rompido.

Para o desenvolvimento das considerações finais desta pesquisa foi elaborado um quadro com um esquema analítico de forma a articular todas as ideias debatidas nos capítulos anteriores.

Figura 5. Quadro do esquema analítico da tese

Fonte: elaboração própria.

Esse quadro tem como pano de fundo as características da individualização na sociedade contemporânea que estão vinculadas as transformações sociais atuais.

Considerando a visão de Beck (1997), as sociedades deixam de ser estruturadas prioritariamente a partir do Estado-Nação para ceder lugar aos processos de globalização, individualização, revolução do gênero, subemprego e riscos globais. Nesse sentido, o autor afirma que as bases da primeira modernidade são reestruturadas e, assim, surgem novos temas relacionados às incertezas fabricadas pela própria forma de ser da sociedade: riscos, perigo, efeitos colaterais, insegurança e individualização. Segundo Beck, tais questões atingem o mundo interior da sociedade e sua relação com o mundo natural.

Com uma visão próxima à de Beck e de Bauman, Lipovetsky (2005a, 2004) afirma que a atual sociedade vive para o momento presente, para o imediatismo, e se apresenta como global e sem uma ideologia coletiva estruturante no pano de fundo social. O momento histórico presente marca um período de rupturas com as cadeias institucionais que se opõem à liberdade e à autonomia do indivíduo. Entretanto, mesmo com todas essas características, os três axiomas constitutivos dos paradigmas da sociedade contemporânea ainda são os mesmos da primeira modernidade: o mercado, a eficiência técnica e o indivíduo. Para Bauman (1999a), as amarras da ordem familiar, ideologias revolucionárias, nacionalistas, controle disciplinar, moral e normas sexistas contrariavam os princípios da individualidade. E é dessas tais amarras sociais que o individualismo contemporâneo tenta se desvencilhar.

Em suma, Bauman (1999; 2001), Beck (1997; 2011) e Lipovetsky (2004; 2005), o processo de individualização provocou a fragilização dos laços sociais, a precarização no mercado de trabalho, a culpabilização dos indivíduos por questões que antes eram sociais, a inserção pelo consumo, a dificuldade do Estado em responder às demandas da sociedade, e a falta de identificação dos indivíduos com a democracia representativa. Como é possível perceber, essa mudança tem impactos nas formas de exercício da cidadania e nos modos de inclusão social.

Na parte central da figura, apresentam-se as definições das categorias, o que se considera como os modelos. São elas:

- A cidadania, vinculada à dimensão do Estado, é aqui considerada uma identidade social política constituída pelos direitos civil, político e social. A composição desses três direitos gerou outras três categorias de cidadania: o cidadão pleno, o cidadão politicamente passivo e o cidadão isolado.
- A inclusão social, vinculada à dimensão da Sociedade, é entendida como um processo de superação da exclusão, constituída por três dimensões: a precariedade do trabalho, a precariedade da sociabilidade primária e o estigma.

A figura mostra, nas laterais, a síntese do material encontrado; à direita, a categoria da cidadania; e, à esquerda, a da inclusão social.

Com relação à cidadania, foi possível identificar que as associações comuns nos três tipos de documentos pesquisados (artigos, relatórios das conferências e legislação) são: a)

participação política, do direito político; b) saúde e trabalho, do direito social. O direito civil, nos artigos e nas conferências, tem em comum a questão da interdição e da liberdade nos artigos e na legislação.

Já a análise da inclusão social, nos diferentes documentos, demonstrou maior aproximação entre artigos, legislação e conferências, principalmente em relação às palavras-chave: autonomia, laços sociais, família e trabalho.

Cabe ressaltar, porém, que poucos são os artigos sobre cidadania que fazem referências aos três direitos – sociais, civis e políticos. Os mais citados foram os direitos civis, tendo como associação principal a questão da interdição. Esta é vinculada ao marco epistemológico da alienação que, de certa maneira, também está associado ao paradigma da periculosidade, autonomia e liberdade. Em suma, essas quatro referências (interdição, periculosidade, autonomia e liberdade) ao direito civil estão interligadas, pois são produtos da concepção de irracionalidade do indivíduo considerado doente mental.

Poucas são as menções aos direitos sociais nos artigos, e estas se referem basicamente a moradia associada ao serviço de residências terapêuticas e acesso a educação e trabalho, sobretudo em cooperativas de economias solidárias.

Com relação às conferências, como explicitado, as duas últimas são as que mais fazem menções à cidadania de forma ampla e completa, ou seja, vinculadas aos três direitos.

O arcabouço jurídico-legal trata da criação de serviços e programas (residências terapêuticas e Programa de Volta para Casa), que visa à reestruturação do atendimento em saúde mental. Apesar da preocupação com a autonomia – tal como os artigos e a conferência –, a maioria das referências relaciona-se à violação dos direitos humanos, como privação em espaços restritivos, comunicação, acesso às informações médicas, proteção contra o abuso, etc. Não foi identificada nenhuma menção à questão da ruptura com o paradigma da interdição, periculosidade e irracionalidade, o que se distancia dos discursos dos outros dois materiais. No que tange aos direitos sociais, estes apresentam maior aproximação com relação a saúde, moradia e benefícios. Na legislação também foi identificada a participação política dos usuários e familiares no controle das políticas públicas.

Na articulação dos tipos ideais de cidadãos (isolado, politicamente passivo e pleno) com as associações encontradas nos materiais analisados, podem-se inferir três questões:

3. sem uma efetiva garantia dos direitos civis, políticos e sociais, eles continuarão a ser cidadãos isolados (os que se constituíram no paradigma psiquiátrico, ou seja, cidadãos excluídos de qualquer direito e internados nos hospitais psiquiátricos);
4. por sua vez, se tiverem seus direitos civis e sociais garantidos, mas não seu direito político, serão cidadãos politicamente passivos;
5. porém, se tiverem os três direitos garantidos, poderão alcançar a cidadania plena, que é o objetivo do paradigma psicossocial.

Quanto à inclusão social, foi possível identificar diversas palavras-chave associadas, sendo as principais: autonomia, laços sociais, família, trabalho, cidade/território e estigma.

Diferentemente da categoria cidadania, a análise da inclusão social nos diferentes documentos demonstrou maior aproximação entre artigos, legislação e conferências, principalmente em relação às palavras-chave: autonomia, laços sociais, família e trabalho.

A palavra-chave estigma, por sua vez, aparece nas conferências e nos artigos. Já a referência a cidade/território aparece nos artigos e legislações. Cabe ressaltar que território aqui foi compreendido como espaço das relações sociais, ou seja, não possui o mesmo significado utilizado na construção das redes nas políticas de saúde.

Nos artigos também foram encontradas referências a laços sociais, contratualidade, cidadania e cidade/território. Apenas na legislação foram identificadas referências a comunidade, acesso ao território, educação e tratamento extra-hospitalar.

Entretanto, poucas são as menções ao trabalho nos artigos sobre inclusão social, que em sua maioria fazem associações em relação à família, ao estigma e aos laços sociais. Em suma, é necessário integrar a família ao tratamento, romper com o estigma de irracionalidade e periculosidade desses sujeitos e formar laços sociais para a manutenção na sociedade.

Nas conferências, em particular nas três últimas, a necessidade de suporte familiar e de rompimento com os estigmas foi a mais mencionada. Na legislação, a família também é a associação mais citada, seguida da autonomia.

Para articular as associações com o tipo ideal de inclusão social, é possível identificar a necessidade de algumas ações. Na dimensão da precarização do trabalho, esse objetivo pode ser alcançado por meio de políticas de incentivo a economias solidárias. Na dimensão do estigma, por meio de políticas de conscientização da população, maior visibilidade da loucura e por meio da alteração da legislação. Na dimensão da sociabilidade primária, por meio da ação do Estado na assistência aos indivíduos em grau de vulnerabilidade e no estímulo da formação de laços sociais.

Na contramão desse atual panorama da individualização, a política de desinstitucionalização vem inserir a família, que antes delegava ao hospital psiquiátrico o cuidado e o suporte aos indivíduos em sofrimento psíquico. Dessa maneira, o Estado aumenta a responsabilidade do cuidado para uma família fragilizada, que também está afetada pelas transformações da sociedade contemporânea. Constatase que apesar de também estar na contramão da história, cabe ao Estado intervir por meio de uma política de suporte social. Neste caso, agora dentro do atual contexto histórico, a solução está no fortalecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial. Uma Rede que compreenda a família como uma entidade integrante do tratamento e que dê o suporte necessário para o cuidado do usuário. Com serviços que compreenda desde o atendimento de urgência e emergência, até os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, leitos em hospitais gerais, cooperativas de trabalho e outros serviços nos quais se tecem uma rede de cuidados, de proteção e atenção às demais necessidades: trabalho, lazer, educação e participação social. Sem dúvida, isto envolve, para além da rede, um consenso social–democrático de ampliação da atuação do Estado e garantia de direitos sociais. O alcance de tal consenso não será um processo fácil, visto o atual contexto histórico, entretanto, se faz necessário.

Na figura também é possível identificar que as duas categorias – cidadania e inclusão social – se aproximam das associações do direito civil (interdição, liberdade e autonomia) e da dimensão estigma (periculosidade). Em ambos os casos, o paradigma psiquiátrico aparece como produtor dessa concepção de incapacidade vinculada à concepção da loucura como doença mental e irracionalidade, que, consequentemente, provoca a interdição civil. Em suma, essas associações negativas da loucura excluem o indivíduo considerado doente mental do seu exercício da cidadania e da sociedade.

Em relação à interdição, ressalta-se a urgência da revisão das condições em que se dão as interdições civis, bem como na criação de um procedimento para avaliar com regularidade a necessidade de sua manutenção. Embora as interdições estejam sujeitas a recurso em qualquer tempo, o Código Civil, no entanto, não prevê a obrigatoriedade de suas revisões. Cabe mencionar a existência do Projeto de Lei Federal n. 2.439 de 2007 que estabelecia a obrigatoriedade das revisões periódicas das interdições judiciais. Tal projeto após a aprovação da Câmara dos Deputados passou a tramitar na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania no Senado como Projeto de Lei Complementar n. 201 de 2008, mas foi arquivado no final da legislatura.

Ainda conforme demonstrado na figura, logo abaixo da definição das categorias, tem-se como hipótese da pesquisa que, no contexto da política de desinstitucionalização, a saída do manicômio e o acesso aos serviços extra-hospitalares não garantem uma efetiva inclusão social e o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essa população deixa o hospital para entrar em uma cidade que ainda não está preparada para recebê-la, pois seu estigma não foi rompido. A desinstitucionalização é mais complexa que a retirada dos muros dos hospitais. É, portanto, um processo que tem como princípio básico a reconstrução das relações estabelecidas fora do espaço do hospital que, com a institucionalização da loucura, ultrapassou seus muros e chegou até as relações cotidianas de afeto, trabalho e família (AMARANTE, 1998 e 2007).

Dessa perspectiva, é importante observar que a convivência como cidadão na sociedade não é o único atributo desejável. A convivência desprovida dos preconceitos que sofrem os portadores de sofrimento psíquico é um ideal ainda a ser conquistado, que passa por várias instâncias de políticas públicas, como cultura e legislação. Entretanto, a desmitificação da loucura deve ser pensada não só em termos macros, mas a partir de movimentos, de ações desenvolvidas no plano micro, e é aí que se instalam as mudanças mais significativas na vida dos portadores de sofrimento psíquico.

Os dilemas não se limitam ao desmonte do hospital psiquiátrico, mas aos vários aspectos emblemáticos que o manicômio carrega. Se por um lado houve avanços significativos nos últimos anos, no que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, por outro, a questão da desconstrução da cultura manicomial tem sido suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais (SCARCELLI, 2011, p. 20).

Conforme o explicitado no Capítulo 5, para superar o estigma do sujeito em sofrimento psíquico, propõem-se nesta tese três ações:

6. alterar a legislação civil e penal;
7. esclarecer a população sobre o sofrimento na saúde mental;
8. dar visibilidade ao sujeito em sofrimento psíquico. Por meio de tais ações será atacada a cultura manicomial que se instalou na sociedade e o paradigma psiquiátrico.

Para além do combate ao estigma, a política de desinstitucionalização necessita atuar em outros campos que garantam a inclusão social e o exercício da cidadania. Para isso, a política de saúde mental deve ser construída e estar em constante trânsito com as políticas de habitação, cultura, transporte, educação, previdência e saúde, ou seja, levar adiante o princípio da intersetorialidade na formulação e execução das políticas públicas. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010, trouxe essa discussão ao reconhecer que as ações meramente assistenciais e restritas ao setor da saúde são insuficientes para o propósito da luta antimanicomial.

Ademais, segundo Pelbart (2002), na sociedade atual, consumimos mais do que “bens materiais, conteúdos culturais, mais do que produtos concretos, formas de vida” (p. 252). Consumimos, também, formas de ser, de amar, de transformar, de criar, modos de sentir, de agir, de pensar, etc., por meio da circulação constante de bens e informações, de capitais e de pessoas. A condição de exclusão nessa sociedade é demarcada pelo consumo ou não dessas formas de vida padronizadas. A relação da sociedade com a loucura, bem como do louco consigo mesmo, é atravessada pelos modos de exclusão vigentes na contemporaneidade.

A inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico não se dá apenas com a liberdade, com uma moradia (a residência terapêutica) e o livre circular nas cidades, pois isso é apenas a liberdade em si. A inclusão social na sociedade contemporânea passa pelo capital, pelo consumo, pela construção da sua identidade e pelo trabalho. Se não houver isso, ele não estará efetivamente incluído.

Segundo Scarcelli (2011), o dilema e as estratégias da reforma psiquiátrica não podem se limitar ao simples desmonte dos hospitais psiquiátricos. Muito menos podemos

reduzir essa reforma à mera reorganização de serviço. É necessário construir novas relações sociais com a loucura, isto é, produzir novos lugares sociais para tais indivíduos, ressignificando o local que ocupam no mundo.

É necessário evidenciar que, na atualidade, a reforma psiquiátrica pouco contribuiu para romper com os estigmas e, assim, *incluir*, no sentido estrito da palavra, ou mesmo garantir o exercício da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. Dessa forma, fica muito clara a discrepância entre a realidade da luta antimanicomial e a política institucional. Não se estão negando, no entanto, as intenções e pressupostos da luta antimanicomial. De fato, o Movimento Nacional da Luta Nacional Antimanicomial visava sim, e visa ainda hoje, à “luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura” (BARBOSA et al, 2012, p. 44).

Por fim, foi possível apreender que, para alcançar a cidadania plena, é necessário alcançar, conjuntamente, uma efetiva inclusão social, pois as barreiras do estigma precisam ser rompidas. O Estado tem de ser eficaz para seus cidadãos e a sociedade tem de aceitar esse indivíduo como parte dela.

Enfim, da pergunta e da hipótese inicialmente formuladas, após as pesquisas e os estudos, pode-se concluir que o campo da saúde mental não está completamente afinado com as transformações da sociedade contemporânea, o que provoca um descolamento entre a realidade social e a própria política de desinstitucionalização. Isso se dá por uma série de fatores: enquanto o campo da saúde mental foca a família e a construção dos laços sociais, no atual contexto de individualização há a fragilidade dessas categorias; enquanto na sociedade atual há maior afastamento do Estado em relação às políticas sociais, esses indivíduos necessitam de sua presença por meio de políticas inclusivas e que garantam seus direitos sociais; enquanto na sociedade atual há maior busca por liberdade e inclusão por meio do consumo, efetivamente, na política, ainda não se alterou a interdição civil e não se discute a questão do consumo; e, finalmente, enquanto o trabalho é central na inclusão social na sociedade contemporânea, pouco se debate sobre a implantação de formas de economias solidárias na política de desinstitucionalização ou mesmo outras modalidades de trabalho.

Em contrapartida, na questão da participação política, o campo e a teoria social contemporânea estão em maior sintonia. Entretanto, para uma efetiva participação política, ainda há questões a serem superadas, como o combate ao estigma e à interdição civil.

Em suma, esse descolamento da realidade social do campo da saúde mental provoca maior dificuldade da efetiva inclusão social e do exercício da cidadania desses indivíduos.

BIBLIOGRAFIA

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

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad Saúde Publ. 1995;11(3):491-94.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica. In. FLEURY, SÔNIA (Org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-185.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, vol. 1, n.1, jan-abril. 2009.

_____; Rotelli, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In Bezerra Junior, Benilton; Amarante, Paulo (Org). Psiquiatria sem Hospício: contribuições aos estudos da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 43.

_____. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: Fiocruz, 2007.

Aristóteles. Obras. Madeira: 2ª. Ed. Aguilar, 1973.

ARENDT, Hannah. Origens do totalitarismo. Tradução: Roberto Raposo São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

_____. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

_____. Sobre a Revolução. Apresentação Jonathan Schell e trad. de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

ARTAUD, Antonin. Van Gogh: o suicida da sociedade. Tradução Ferreira Gullar. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio, 2003.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. *O Alienista*. Porto Alegre: Editora L&PM, 2002.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 568-576. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009>. Acessado em 27/09/2015.

BACCIOTTI, Rui Carlos Duarte. *Direito civil – licoes preliminares*, 2002. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/22619-22621-1-PB.htm> acessado em 19 de maio de 2015.

BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. • Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de saberes. In Amarante, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, Franco. A instituição da violência. *Revista tempo brasileiro*, 35, 1974. P. 34-71.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor Líquido. Sobre as fragilidades dos laços humanos*. Rio de Janeiro. Zahar, 2004.

_____. *Globalização; as conseqüências humanas*. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b.

_____. *Identidade*. Rio de Janeiro. Zahar, 2005b.

_____. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.

_____. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *O Mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005a.

_____. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro. Zahar, 2005c.

BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernidade reflexiva. In. Giddens, Anthony; Beck, Ulrich; Lash, Scott. Modernidade reflexiva – Política, tradição e estética da ordem social moderna. São Paulo: Unesp, 1997.

_____. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2011.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania e democracia. Lua Nova [online]. 1994, n.33, pp. 5-16. ISSN 0102-6445. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451994000200002>.

BIRMAN, Joel. A cidadania transloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In Junio, Benilton Bezerra; Amarante, Paulo (org). Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dimará, 1992.

_____. Estilo e modernidade em psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997.

BOBBIO, Norberto. et alii. Dicionário de Política. 12ª ed., v. 2, Brasília: UnB, 1999.

_____. Estado, governo sociedade. Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

_____. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 18 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L. M. Introdução - Cidadania e direitos: aproximações e relações. In: BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L. M. (org.). Cidadania, um projeto em construção: minorias, justiça e direitos. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

BRASIL. Código civil, 2002.

_____. Projeto de Lei n. 3.657/89. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>

_____. Projeto de Lei da Câmara n. 201/2008. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=377065>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204 p.

CAMPOS, André. et al. Atlas da exclusão social no Brasil, volume 2: Dinâmica e manifestação territorial. São Paulo: Cortez, 2003.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1865-1874. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>.

CARNOY, Martin. Estado e Teoria Política. Campinas: Papirus, 1988;

CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura*: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. São Paulo: Edusp, 1998.

CARVALHO, José Murilo. Desenvolvimento de la cidadania em Brasil. Fondo de Cultura Económica, México, 1995.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (org) A família contemporânea em debate. São Paulo: Cortez, 2000.

Carvalho, Sérgio Resende. Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Sub jetividade - Carvalho. Sao Paulo: Hucitec, 2009.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In Belfiore-Wanderley, Mariângela et. al (Org.). Desigualdade e a questão social. São Paulo: EUC, 2000.

_____. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, Antonio (org). Saudeloucura 4: grupos e coletivos. São Paulo: HUCITEC, 1994. P. 21-48

_____. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salario. Petropolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTEL, Robert. Rupturas irremediáveis: sobre Tristão e Isolda. “Lua Nova”: Revista e Cultura e Política. Sujeito e Objeto. n. 43. São Paulo: CEDEC, quadrimestral, 1998b. p. 171-188.

_____. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. CADERNO CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997. Disponível em:<<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=193>> Acesso em: 13 set. 2015.

CASTELLS, Manuel. Sociedade em rede – A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999a.

_____. Fim do Milênio - A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol.3. São Paulo: Paz e Terra, 1999b.

_____. O poder da identidade - A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol.2. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CHAUÍ, Marilena. Cultura e democracia. São Paulo: Moderna, 1984.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas; et al. (Org). Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo : FUNDAP : Secretaria da Saúde, 2015.

CLAVEL, Gilbert. A sociedade da exclusão: compreendê-la e dela sair. Ed. Porto, 2012. (1998).

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova [online]. 1989, n.19, pp. 123-140. ISSN 0102-6445. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>. Acessado em 20 de abril de 2013.

CONSTANT, Benjamin. Da liberdade dos antigos comparada à dos modernos. Revista Filosofia Política, Porto Alegre, n.2, p.9-75, 1985.

COSTA-ROSA, Abílio [et al]. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In Amarante, Paulo [coord.]. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Ed, 2003.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo* – Juqueri, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos de Teoria Geral do Estado. São Paulo: Ed. Saraiva, 2001

DE MARTINO, Mónica Solange. Políticas Sociales y Família: Estado de Bienestar y Neoliberalismo Familiarista. Fronteiras, Montevideu, Uruguay, nº 4, 2001, p. 101-114.

DUPAS, Gilberto. A lógica da economia global e a exclusão social. Estud. av. [online]. 1998, vol.12, n.34, pp. 121-159. ISSN 1806-9592. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141998000300019>, acessado em 22 de junho de 2015.

ENGEL, Magali. *Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospício*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ESCOREL, Sarah. Exclusão social. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/excsoc.html>>, acessado em 22/06/2015.

ESTIVILL, Jordi. Panorama da luta contra a exclusão social. Conceitos e estratégias. Genebra, Bureau Internacional do Trabalho, Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza, 2003.

FERREIRA, Gabriela Nunes; FERNANDES, Maria Fernanda Lombardi. Cidadão e Cidadania. In Giovanni, Geraldo Di; Nogueira, Marco Aurélio (orgs.). Dicionário de Políticas Públicas. São Paulo: Fundap: Imprensa Oficial do estado de São Paulo, 2013. 2 v.

FLEURY, Sonia. Pobreza, desigualdades ou exclusão?. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.6, pp. 1422-1425. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600003>. <acessado em 05/07/2014>

FOUCAULT, Michel. A História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva. 1997.

_____. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1984.

_____. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1963.

_____. *O poder psiquiátrico: curso no College de France (1973-1974)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GIDDENS, Anthony. As consequências da pós-modernidade. São Paulo: Unesp, 1991.

_____. Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo com nós.

Trad. Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Record, 2005.

Giddens, Anthony.; Beck, U.; Lash, S.; Modernidade reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. Trad. Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1997.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.

Ed. Zahar, rio de Janeiro, 1978.

GOHN, Maria da Glória. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na américa latina. Cad. CRH, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, Dec. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22/08/2015.

GOMES, Orlando. Introdução ao direito civil. Edvaldo Brito (coord.). 19 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

Guattari, Felix. Micropolítica. Cartografias do desejo. São Paulo: Ed.Vozes, 2005.

GRAMSCI, Antônio. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. RJ, Civilização Brasileira, 1968.

_____. Os intelectuais e a cultura organizacional, 1976.

HABERMAS, Jurgem. A inclusão do outro. Estudos de teoria política. São Paulo: ed. Loyola, 2002.

_____. Citizenship and a National Identity in Bart van Steenberghe (ed). The Condition o Citizenship, London, Sage Publications, 1994, pp 20-35.

HARVEY, David. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara e Maria Stela Gonçalves. Rio de Janeiro: Loyola, 1994.

HOBBS, Thomas. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil*. Coleção Os pensadores, vol. XV. Trad. Tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Mudanças Sociais Contemporâneas e Saúde: considerações sobre a Biomedicina e a Saúde Pública. *Idéias - Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP*, v. 6, p. 41-58, 2013.

<<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/1392/966> > Acessado em 13 de outubro de 2015.

IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2298-2308, Nov. 2014. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001102298&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 novembro de 2015.

IANNI, Octavio. *A sociedade global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

_____. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

JAIRNILSON, Paim. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

Junior, Nelson Coelho; Salem, Pedro; Klautau, Perla (Orgs.). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012

KOWARICK, Lúcio. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: EUA, França e Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, n. 51. Vol. 18, fevereiro de 2003.

_____. *Viver em risco – sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano*. *Novos Estudos*, nº63, julho de 2002.

LANCMAN, Selma. *A loucura do outro: o Juquery no discurso dos seus protagonistas*. Dissertação de Mestrado. UFBA, 1988.

LASH, Christopher. *A cultura do Narcisismo: a vida americana numa era de espaço em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LENOIR, Rene. *Les exclus: un francais sur dix*. Paris:Seuil, 1989.

LIPOVETSKY, Gilles. A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Trad. Miguel Serras Pereira, Ana Luísa Faria. Barueri: Ed Manole, 2005a.

_____. Os tempos hipermodernos, Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004.

_____. A sociedade Pós-moralista; o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos. São Paulo: Manole, 2005b

LOBATO. L.V.C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

LOBOSQUE, A.M. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOCKE, Jhon. Segundo Tratado Sobre o Governo. Trad. Alex Marins. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2006.

LYOTARD, Jean-François. A condição pós-moderna. São Paulo: José Olympio, 2002.

MARSHALL, Thomas. Cidadania, classes e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MATEUS, Samuel. O Indivíduo pensado como Forma de Individuação. Estudos em Comunicação nº 10, 93-106. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. 269p.

NELSON COELHO JUNIOR, Pedro Salem, Pela Klautau [et al.] (organizadores) Dimensões da intersubjetividade. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Em defesa da política. São Paulo: Ed. Senac, 2001.

_____. Estado - Verbete. In: Di Giovanni, Geraldo; Nogueira, Marco Aurélio. (Org.). Dicionário de Políticas Públicas. 1ªed. São Paulo: FUNDAP / Imprensa Oficial, 2013, v. 1, p. 334-343.

_____. Cidadania, crise e reforma democrática do Estado. Perspectivas (São Paulo), São Paulo, v. 22, p. 61-84, 1999.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO-OIT, Organización Panamericana de la Salud-OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OIT, OPS/OMS, 1999.

PAUGAM, Serge. Pobreza, exclusão e desqualificação social: Resumindo o debate europeu. In: VERAS, Maura Pardini Bicudu; SPOSATI, Aldaiza; KOWARICK, Lucio. Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam. São Paulo: EDUC, 1999. 116-119.

_____. A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza. Ed. Porto, 2006.

PELBART, Peter Pál. (2002). Biopolítica e biopotência no coração do Império. In S. Gadelha & D. Lins (Orgs.), Nietzsche e Deleuze: Que pode o corpo? (pp. 251-260). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismo de controle. Revista Lua Nova, 45, CEDEC, 1998: 49-95.

PERUCCHI, Juliana and BEIRAO, Aline Maiochi. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. Psicol. clin. [online]. 2007, vol.19, n.2 pp. 57-69 . Disponível:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29/07/2015

PIOVESAN, Armando; Temporini, Édnéia Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Ver. Saúde Pública. 29 (4): 318-25, 1995.

PITTA, Ana Maria Fernandez. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996.

PONTES DE MIRANDA, Tratado de Direito Privado. Parte Geral, Tomo I, introdução. Pessoa física e jurídica. 2 ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1954.

- ROTELLI, Fraco (et al). Desinstitucionalização, uma outra via. In Nicácio, Fernanda. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- ROUANET, Sérgio Paulo. As razões do iluminismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- ROUSSEAU, Jaques. Do contrato social. Coleção Os pensadores. Trad. Lourdes Santos Machado. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- SAES, Décio Azevedo Marques de. A questão da evolução da cidadania política no Brasil. In Estudos Avançados, 15 (42), 2001.
- SALVADOR, Ângelo Domingos. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica. Porto Alegre: Sulina, 1971.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Modernidade, identidade e a cultura de fronteiras. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 38, Dez. 1993, p. 11-29.
- SANTOS, Jussara Carvalho dos Santos. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. Dissertação apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.
- SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 2001
- SAWAIA, Bader. (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.
- SCARCELLI, Ianni Regia. Entre o hospício e a Cidade – Dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Ed. Zagodoni, 2011.
- SECCHI, Leonardo. Políticas públicas – conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2 edição, São Paulo: Cogage Learning, 2014.
- SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; Rosa, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?, Rev. katálysis vol.17 no. 2 Florianópolis July/Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0252.pdf>; Acessado em 31/08/2015.

SILVA, Glauce Cerqueira Correa da; SANTOS, Luciana Mateus; TEIXEIRA, Luciane Alves et al. A mulher e sua posição na sociedade - da antiguidade aos dias atuais. Rev. SBPH. vol. 8, n.2, dez, 2005.

SPADINI, Luciene Simões.; Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. Escola de enfermagem. USP; 40(1): 123-127. 2006.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do equador. In: VERAS, Maura Pardini Bicudu; SPOSATI, Aldaiza; KOWARICK, Lucio. Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam. São Paulo: EDUC, 1999. p. 128-133

SOALHEIRO, N. I. Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição e seus Direitos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SUBIRATS, Joan. Nuevos tiempos, ¿nuevas políticas públicas? Explorando caminos de respuesta. Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 54. (Oct. 2012). Caracas.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; 2001.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org). *Cidadania e Loucura: Política de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

TOURAINÉ, Alan. Crítica da modernidade. Petrópolis: Vozes, 1995.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudu. Exclusão social – um problema de 500 anos. In: SAWAIA, Bader. (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 27-46.

VIANA, Maro Aurélio da S. Viana. Curatela, interdição e os loucos de todo gêneros. Repensando o Direito de Família, Anais do I Congresso Brasileiro de Direito de Família, IBDFAM, Belo Horizonte, 1999, págs. 99/106.

Villa, Simone Barbosa. Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. Observatorium: Revista Eletrônica de Geografia, v.4, n.12, p. 02-26, dez. 2012.

VIEIRA, Liszt. Cidadania e globalização. Rio de Janeiro: Record, 2013.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader. (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 19-23.

WEBER, Max. Ciência e Política: duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1998

Yasui, Silvio. RUPTURAS E ENCONTROS: DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

BIBLIOGRAFIA DO MATERIAL DE PESQUISA

Artigos

Almeida, Daniela Tonizza de; Trevisan, Érika Renata. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface comun. saúde educ*;15(36):299-308, jan.-mar. 2011.

Amarante, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. saúde pública = Rep. public health*;11(3):491-4, jul.-set. 1995.

Andrade et al. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psicol. ciênc. prof*;33(1):174-191, 2013.

Antunes, Sônia Marina Martins de Oliveira; Queiroz, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. saúde pública = Rep. public health*;23(1):207-215, jan. 2007.

Argiles et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*;18(7):2049-2058, Jul. 2013.

Azevedo et. al. Concepção dos profissionais da atenção psicossocial sobre inclusão social. *Cogitare enferm*;18(2):288-295, abr.-jun. 2013.

Barreto, Jubel.. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis (Rio J.)*;18(2):295-316, 2008.

Belini, Marya Gorete; Hirdes, Alice. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto & contexto enferm*;15(4):562-569, out.-dez. 2006.

Bezerra, Cíntia Guedes; Dimenstein, Magda. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. *Psicol. clín*;21(1):15-32, 2009b.

Bosi et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*;17(3):643-651, mar. 2012.

Brito et al. O significado do trabalho para profissionais de saúde mental. J. Health Sci. Inst = Rev. Inst. Ciênc. Saúde;28(2), abr.-jun. 2010.

Cassandri, José Luiz; Aranha e Silva, Ana Luisa. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial. Rev. Esc. Enferm. USP;43(2), jun. 2009.

Cedraz, Ariadne; Dimenstein, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. Rev. mal-estar subj;5(2):300-327, set. 2005.

Colvero et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enferm. USP;38(2):197-205, jun. 2004.

Cunha, Renoir da Silva. Direito sanitário, ministério público e reforma psiquiátrica. Rev. direito sanit;5(1):86-106, mar. 2004.

Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. Saúde debate; (35):80-4, jul. 1992.

Dias, Miriam. Saúde mental: e possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. Divulg. saúde debate;(23):86-95, dez. 2001.

Dimenstein, Magda; Bezerra, Cíntia Guedes. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. Physis (Rio J.);19(3):829-848, 2009a. tab.

Dutra, Virgínia Faria Damásio. O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização. Ciênc. cuid. saúde;10(2):218-225, abr.-jun. 2011.

Feitosa et al. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. Psicol. teor. prá;14(1):40-54, abr. 2012.

Fonseca et al. A moradia protegida no contexto da reforma psiquiátrica: interlocuções com a família e o campo social. Mental;6(10):69-83, jan.-jun. 2008.

Fortes, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev. bras. saúde matern. infant;10(supl.2):s321-s330, dez. 2010.

Gambatto, Rosani; Silva, André Luiz Picolli da. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. Psicol. argum;24(45):25-33, abr.-jun. 2006.

Gonçalves, Alda Martins; Sena, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. latinoam. enferm*;9(2):48-55, mar.-abr. 2001.

Gonçalves, Laura Lamas Martins; Barros, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicol. soc. (Online)*;25(spe2):108-116, 2013.

Guedes, et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Rev. eletrônica enferm*;12(3), set. 2010.

Guimarães, Fernanda Jorge; Ferreira Filha, Maria de Oliveira. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Rev. eletrônica enferm*;8(3):404-414, 2006.

Honorato, Carlos Eduardo de Moraes; Pinheiro, Roseni. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis (Rio J.)*;18(2):361-380, 2008.

Jesus, Monica Lima; Araujo, Diego. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicol. teor. prá*;13(3):67-80, dez. 2011.

Leão, Adriana; Barros, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc*;17(1):95-106, jan.-mar. 2008.

Leite, Léa Dolores Gomes. Concepções e práticas profissionais relativas à doença mental. *Rev. bras. ciênc. saúde*;16(1), mar. 2012.

Lemke, Ruben Artur; Silva, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol. soc. (Online)*;25(spe2):9-20, 2013.

Lima, Isabel Maria Oliveira; Correia, Ludmila Cerqueira. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. *Rev. direito sanit*;12(3):139-160, nov. 2011-fev. 2012.

Lussi, Isabela Aparecida de Oliveira; Pereira, Maria Alice Ornellas. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*;45(2):515-521, abr. 2011.

Macedo, Jaqueline Queiroz; Silveira, Maria de Fátima de Araújo. A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos - Análise quantitativa e qualitativa. Online braz. j. nurs. (Online);8(2), ago. 2009.

Maciel et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. Psicol. cienc. prof;29(3):436-447, set. 2009. Ilus

Marques, Mariana Ribeiro. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. Psicol. soc. (Online);25(spe2):31-40, 2013.

Minozzo et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. Fractal rev. psicol;24(2):323-340, maio-ago. 2012.

Miranda, Cristina Maria Loyola. O cuidado com inclusão do sujeito. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;4(1):129-37, abr. 2000.

Moraes et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. Texto & contexto enferm;19(3):526-535, jul.-set. 2010.

Mota, Taia Duarte; Barros, Sônia. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. Rev. Esc. Enferm. USP;42(2):220-226, jun. 2008.

Neto, Antônio Quinto. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. Saúde debate;(37):5-10, dez. 1992. tab.

Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de; Alessi, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc. saúde coletiva;10(1):191-203, jan.-mar. 2005.

Oliveira, Rafael Wolski de. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. Psicol. soc. (Online);25(spe2):90-94, 2013.

Paranhos-Passos, Fernanda; Aires, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis (Rio J.); 23(1):13-31, 2013.

Pedroza ET AL. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. Rev. RENE;13(2):454-462, 2012.

Pereira, et al. Cidadania em saúde mental e a participação popular. *Cogitare enferm*;14(4), out.-dez. 2009.

Pietroluongo, Ana Paula da Cunha; Resende, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. *Psicol. ciênc. prof*;27(1):22-31, 2007.

Ribeiro Neto, Pedro Machado; Avellar, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental*;7(13):x-x, 2009.

Rinaldi, et al. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. *Estud. pesquis. psicol. (Impr.)*;8(1), abr. 2008.

Rodrigues, et al. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estud. pesquis. psicol. (Impr.)*;11(3):734-754, dez. 2011.

Santos Júnior et al. Similitudes e diferenças nas temáticas que envolvem a moradia e o cuidado nas residências terapêuticas: abordagem qualitativa. *Online braz. j. nurs. (Online)*;7(3), 2008.

Silva, Danielle Souza; Azevedo, Dulcian Medeiros de. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*;15(3):587-594, jul.-set. 2011. tab.

Silva. et al. A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. *Rev. bras. ciênc. saúde*;16(03), out. 2012.

Souza, Mériti de. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*;11(3):437-448, set. 2008.

Vidal et al. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. psiquiatr*;57(1):70-79, 2008.

Legislação:

BRASIL. Portaria N° 224/MS, DE 29/01/ 1992: regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental;

BRASIL. Portaria/SAS nº 147, de 25/08/1994: regulamenta o projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada paciente;

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10/11/1999: dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais;

BRASIL. Portaria GM nº 106, de 11/02/2000: institui os Serviços Residenciais Terapêuticos;

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6/04/2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19/02/2002: institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31/07/2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial;
Portaria Interministerial Nº 353, de 7/03/ 2005: institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária;

BRASIL. Portaria Nº 154 de 24/01/2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23/12/2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial

Conferências:

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2.: Brasília: 1992). Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3.: 2001 Brasília). III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

ANEXO 1**LISTA DA LEGISLAÇÃO**

1. Portaria n. 224/MS, de 29 de janeiro de 1999: regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.
2. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999: dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais.
3. Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000: institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
4. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
5. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002: institui os Centros de Atenção Psicossocial.
6. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial.
7. Portaria Interministerial n. 353, de 7 de março de 2005: institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.
8. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
9. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial.
10. Portaria n. 3.090 de 2011: altera a Portaria 106/MS/2000. Institui o custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

ANEXO 2

LISTA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Almeida, Daniela Tonizza de; Trevisan, Érika Renata. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface comun. saúde educ*;15(36):299-308, jan.-mar. 2011.

Amarante, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. saúde pública = Rep. public health*;11(3):491-4, jul.-set. 1995.

Andrade et al. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psicol. ciênc. prof*;33(1):174-191, 2013.

Antunes, Sônia Marina Martins de Oliveira; Queiroz, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. saúde pública = Rep. public health*;23(1):207-215, jan. 2007.

Argiles et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*;18(7):2049-2058, Jul. 2013.

Azevedo et. al. Concepção dos profissionais da atenção psicossocial sobre inclusão social. *Cogitare enferm*;18(2):288-295, abr.-jun. 2013.

Barreto, Jubel.. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis (Rio J.)*;18(2):295-316, 2008.

Belini, Marya Gorete; Hirdes, Alice. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. *Texto & contexto enferm*;15(4):562-569, out.-dez. 2006.

Bezerra, Cíntia Guedes; Dimenstein, Magda. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. *Psicol. clín*;21(1):15-32, 2009b.

Bosi et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*;17(3):643-651, mar. 2012.

Brito et al. O significado do trabalho para profissionais de saúde mental. *J. Health Sci. Inst = Rev. Inst. Ciênc. Saúde*;28(2), abr.-jun. 2010.

Cassandri, José Luiz; Aranha e Silva, Ana Luisa. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP*;43(2), jun. 2009.

Cedraz, Ariadne; Dimenstein, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Rev. mal-estar subj*;5(2):300-327, set. 2005.

Colvero et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev. Esc. Enferm. USP*;38(2):197-205, jun. 2004.

Cunha, Renoir da Silva. Direito sanitário, ministério público e reforma psiquiátrica. *Rev. direito sanit*;5(1):86-106, mar. 2004.

Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. *Saúde debate*; (35):80-4, jul. 1992.

Dias, Miriam. Saúde mental: é possível uma política de saúde pública, coletiva, integral e de cidadania. *Divulg. saúde debate*;(23):86-95, dez. 2001.

Dimenstein, Magda; Bezerra, Cíntia Guedes. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis (Rio J.)*;19(3):829-848, 2009a. tab.

Dutra, Virgínia Faria Damásio. O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização. *Ciênc. cuid. saúde*;10(2):218-225, abr.-jun. 2011.

Feitosa et al. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicol. teor. prá*;14(1):40-54, abr. 2012.

Fonseca et al. A moradia protegida no contexto da reforma psiquiátrica: interlocuções com a família e o campo social. *Mental*;6(10):69-83, jan.-jun. 2008.

Fortes, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. bras. saúde matern. infant*;10(supl.2):s321-s330, dez. 2010.

Gambatto, Rosani; Silva, André Luiz Picolli da. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. *Psicol. argum*;24(45):25-33, abr.-jun. 2006.

Gonçalves, Alda Martins; Sena, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. latinoam. enferm*;9(2):48-55, mar.-abr. 2001.

Gonçalves, Laura Lamas Martins; Barros, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicol. soc. (Online)*;25(spe2):108-116, 2013.

Guedes, et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Rev. eletrônica enferm*;12(3), set. 2010.

Guimarães, Fernanda Jorge; Ferreira Filha, Maria de Oliveira. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Rev. eletrônica enferm*;8(3):404-414, 2006.

Honorato, Carlos Eduardo de Moraes; Pinheiro, Roseni. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis (Rio J.)*;18(2):361-380, 2008.

Jesus, Monica Lima; Araujo, Diego. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. *Psicol. teor. prá*;13(3):67-80, dez. 2011.

Leão, Adriana; Barros, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc*;17(1):95-106, jan.-mar. 2008.

Leite, Léa Dolores Gomes. Concepções e práticas profissionais relativas à doença mental. *Rev. bras. ciênc. saúde*;16(1), mar. 2012.

Lemke, Ruben Artur; Silva, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol. soc. (Online)*;25(spe2):9-20, 2013.

Lima, Isabel Maria Oliveira; Correia, Ludmila Cerqueira. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. *Rev. direito sanit*;12(3):139-160, nov. 2011-fev. 2012.

Lussi, Isabela Aparecida de Oliveira; Pereira, Maria Alice Ornellas. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*;45(2):515-521, abr. 2011.

Macedo, Jaqueline Queiroz; Silveira, Maria de Fátima de Araújo. A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos - Análise quantitativa e qualitativa. Online braz. j. nurs. (Online);8(2), ago. 2009.

Maciel et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. Psicol. cienc. prof;29(3):436-447, set. 2009. Ilus

Marques, Mariana Ribeiro. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. Psicol. soc. (Online);25(spe2):31-40, 2013.

Minozzo et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. Fractal rev. psicol;24(2):323-340, maio-ago. 2012.

Miranda, Cristina Maria Loyola. O cuidado com inclusão do sujeito. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;4(1):129-37, abr. 2000.

Moraes et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. Texto & contexto enferm;19(3):526-535, jul.-set. 2010.

Mota, Taia Duarte; Barros, Sônia. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. Rev. Esc. Enferm. USP;42(2):220-226, jun. 2008.

Neto, Antônio Quinto. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. Saúde debate;(37):5-10, dez. 1992. tab.

Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de; Alessi, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc. saúde coletiva;10(1):191-203, jan.-mar. 2005.

Oliveira, Rafael Wolski de. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. Psicol. soc. (Online);25(spe2):90-94, 2013.

Paranhos-Passos, Fernanda; Aires, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis (Rio J.); 23(1):13-31, 2013.

Pedroza ET AL. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. Rev. RENE;13(2):454-462, 2012.

Pereira, et al. Cidadania em saúde mental e a participação popular. *Cogitare enferm*;14(4), out.-dez. 2009.

Pietroluongo, Ana Paula da Cunha; Resende, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. *Psicol. ciênc. prof*;27(1):22-31, 2007.

Ribeiro Neto, Pedro Machado; Avellar, Luziane Zacché. Conhecendo os cuidadores de um serviço residencial terapêutico. *Mental*;7(13):x-x, 2009.

Rinaldi, et al. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. *Estud. pesquis. psicol. (Impr.)*;8(1), abr. 2008.

Rodrigues, et al. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estud. pesquis. psicol. (Impr.)*;11(3):734-754, dez. 2011.

Santos Júnior et al. Similitudes e diferenças nas temáticas que envolvem a moradia e o cuidado nas residências terapêuticas: abordagem qualitativa. *Online braz. j. nurs. (Online)*;7(3), 2008.

Silva, Danielle Souza; Azevedo, Dulcian Medeiros de. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*;15(3):587-594, jul.-set. 2011. tab.

Silva. et al. A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. *Rev. bras. ciênc. saúde*;16(03), out. 2012.

Souza, Mériti de. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*;11(3):437-448, set. 2008.

Vidal et al. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J. bras. psiquiatr*;57(1):70-79, 2008.

ANEXO 3

MATRIZ DA LEITURA DOS ARTIGOS

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
Silva, Ana Tereza M.C.; Amarante, Paulo; Gomes, Anna Luiza Castro; Braga, João Euclides Fernandes; Valença, Ana Maria Gondim; Padilha, Wilton Wilney Nascimento. A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura Rev. bras. ciênc. saúde;16(03), out. 2012.	2012	Saúde Coletiva	Novos paradigmas para a compreensão da loucura.	Necessidade de desenvolver um novo modo de compreender e se relacionar com as pessoas em sofrimento psíquico e não com a sua doença.	A ideia de c cidadania está vinculada à aproximação dos ideais da RS. Cidadania como direito e não assistencialismo. Não especifica o que é cidadania.	Emancipação. Necessário criar possibilidade para emancipação do louco.
Fortes, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev. bras. saúde matern. infant; 10(supl.2):s321-s330, dez. 2010.	2010	Saúde Coletiva	Tratamento compulsório e legislação de SM.	Há um antagonismo entre os enfoques da saúde pública e dos direitos humanos. O primeiro se preocupa com a maioria da população, opera no coletivo e privilegia a equidade; o segundo se fundamenta na exceção, opera no nível individual e insiste na igualdade.	Desfrutar direitos sociais, civis e políticos com autonomia. Autonomia é a capacidade de autogerir o livre arbítrio quanto a regência de seu próprio destino. Envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e em ações que se baseiam com o consentimento. Opõe a qualquer forma de coesão.	Autonomia e reintegração do sujeito à família à sociedade. Respeito a sua singularidade e tornar-se sujeito de seu próprio tratamento.

continua

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Pereira, Denise Bermudez; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Ceolin, Teila; Martins, Alexandra da Rosa; Heck, Rita Maria. Cidadania em saúde mental e a participação popular Cogitare enferm;14(4), out.-dez. 2009.	2009	Enfermagem	Cidadania em SM e participação popular.	O exercício dos direitos de cidadania não se dá apenas com a desinstitucionalização, mas através de um processo de construção coletiva. Novos espaços precisam ser conquistados e ampliados para dar voz ao cidadão em sofrimento psíquico como reconhecimento de um sujeito integrante da sociedade.	O exercício da cidadania se dá através da participação da população da sociedade civil na elaboração e controle das PP de saúde e em esferas como conselhos e conferências desenhados por meio do exercício da democracia. É necessário reconhecer tais sujeitos como integrantes da sociedade e dar-lhes voz!	
Gambatto, Rosani; Silva, André Luiz Picolli da. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. Psicol. argum;24(45):25-33, abr.-jun. 2006.	2006	Psicologia	RP e reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na família.	A família nem sempre está preparada para receber o indivíduo. É necessário o suporte da rede.		A inserção social ocorre quando o território deixa de ser um lugar distante para delimitar, pra e delimitação geográfica, inacessível e estático para ser visto e considerado como espaço em todas as suas possibilidades, de saída e desafios.

continua

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Gonçalves, Alda Martins; Sena, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família Rev. latinoam. enferm; 9(2):48-55, mar.-abr. 2001.	2001	Enfermagem	RP e o cuidado do doente mental na família	Dificuldade da inserção do doente mental na família: estigma de periculosidade, dificuldade financeira, o fato de não saber como cidade e não compreender a situação.	Não específica. Só fala do resgate ou do estabelecimento da cidadania de forma genérica.	Respeito a sua singularidade e subjetivada de seu próprio tratamento. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e sociedade.
Amarante, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica Cad. saúde pública = Rep. public health; 11(3):491-4, jul.-set. 1995.	1995	Saúde Coletiva	Novos direitos e RP.	Novos olhares/paradigmas para a SM.	Tornar-se um sujeito e não um objeto.	Tratar o sujeito em sua existência e em relação a suas condições concretas de vida... Construir possibilidades. Criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade.
Lima, Isabel Maria Oliveira; Correia, Ludmila Cerqueira. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde Rev. direito sanit; 12(3):139-160, nov. 2011-fev. 2012.	2012	Direito	Cidadania e exclusão jurídica do louco.	Desatualização dos códigos penais e civil em relação à RP. Interdição civil e penal.	Direitos civis. Reger a vivência de seus direitos.	

continua

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Andrade, Márcia Campos; Burali, Maria Aparecida de Moraes; Vida, Aline; Fransozio, Michely Balladeli B.; Santos, Raquel Zavatin dos. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária Psicol. ciênc. prof; 33(1):174-191, 2013.	2013	Psicologia	Inserção social através do trabalho e a economia solidária.	É necessário elaborar uma nova política pública intersetorial de inclusão social pelo trabalho.	Trabalho como cidadania.	Assumir sua condição de cidadão nas relações de produção da vida pela via da convivência social e do trabalho como atividade no mundo das trocas materiais. Trabalho como instrumento para a inclusão social.
Cunha, Renoir da Silva. Direito sanitário, ministério público e reforma psiquiátrica Rev. direito sanit; 5(1):86-106, mar. 2004.	2003	Direito	Necessidade de transpor o paradigma da exclusão e da segregação que se consolida na família, na sociedade e no estado.	Apenas o fechamento do hospital não garantirá a inserção social destes sujeitos.	Por fim a interdição civil e penal (periculosidade e medida de segurança).	Enfrentamento de três paradigmas: 1) a suposta incapacidade do louco; 2) a Suposta irresponsabilidade do louco; 3) a suposta violência do louco.

continua

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Dias, Miriam. Saude mental: e possível uma política de saúde publica, coletiva, integral e de cidadania Divulg. saúde debate;(23):86-95, dez. 2001.	2001	Saúde Coletiva	Apresentar algumas dimensões constitutivas de uma política pública de saúde mental, enquanto uma construção coletiva, pública e defensora dos direitos e da cidadania.		Garantia dos direitos.	Sua inter-relação com a sociedade, considerando suas particularidades, história de vida e cultura. O desenvolvimento de ações da desinstitucionalização deve ser integrado entre os serviços de saúde e outros órgãos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde e as que vão além da saúde.

continua

TEMA POLÍTICA						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Delgado, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo Saúde debate; (35):80-4, jul. 1992.	1992	Saúde Coletiva	Discutir as seguintes questões: cidadania dos doentes mentais, os limites legais da reforma legal, os novos modelos de cuidado que propõe a superação do modelo asilar.	Há três ordens de problemas suscitado pela articulação cidadania/loucura/reforma psiquiátrica. 1) o modelo de cuidado; 2)o cidadão louco; 3) a relação loucura e justiça ancorados nos conceitos de periculosidade e inimputabilidade.	Contradição no termo cidadão louco que, ancorado no paradigma da razão, o louco é excluído da polis. Ele é excluído da responsabilidade diante do contrato social. É necessário rever a questão da interdição civil e da internação compulsória, uma vez que ela é o instrumento que alavanca a perda dos direitos civis. A internação compulsória " é um dispositivo autoritário, aniquilador dos direitos civis (...)".	

TEMA SERVIÇO						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
Argiles et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. Ciênc. saúde coletiva;18(7):2049-2058, Jul. 2013.	2013	Saúde Coletiva	O serviço de RT na cidade de Porto Alegre.	RT possibilita espaço de cuidado, acolhida e moradia digna para a população que perdeu o vínculo social e familiar.	O resgate da cidadania não significa simplesmente a restituição dos seus direitos formais, mas, principalmente, trata-se de reconstruir seus direitos ao afeto, às relações sociais, à moradia digna e a produtividade, o que possibilita efetivamente a sua reabilitação. Acesso à setores como educação, trabalho, transportes, saúde, cultura e religiosidade fazem parte da vida de todos os cidadãos.	Acesso à família, a vizinhança, a família, à amizade constituem redes que permitem que o indivíduo desenvolva através da socialização o sentimento de pertencimento. Desapropriação das dimensões reais e simbólicas do corpo, do espaço, do tempo, do uso de objetos pessoais e da criação de vínculos interpessoais na vida cotidiana. Integração do indivíduo na comunidade.

continua

TEMA SERVIÇO						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Fonseca et al. A moradia protegida no contexto da reforma psiquiátrica: interlocuções com a família e o campo social. Mental;6(10):69-83, jan.-jun. 2008.	2008	Psicologia	Serviço de moradia protegida em BH	Moradia protegida como um serviço de desinstitucionalização. A moradia como casa, lugar domestico, visa oferecer um espaço para a constante negociação, por meio da palavra articulada aos vários momentos cotidianos. Refeição, banho, compra, circulação na cidade. E com isso a autonomia.		Desenvolver significativamente o "poder contratual" - que permite o exercício de escolhas, tolerância às decisões coletivas e a melhoria dos relacionamentos interpessoais, circulação pela cidade, tornar-se independente, apropriação dos bens pessoais, administrar o próprio dinheiro, retorno ou início de um trabalho.
Honorato, Carlos Eduardo de Moraes; Pinheiro, Roseni. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. Physis (Rio J.);18(2):361-380, 2008.	2008	Saúde Coletiva	O papel dos profissionais das TRs do Vale do Carmo (RJ).	O trabalho dos profissionais de SM é também um trabalho político no sentido argentino, já que cuidar é estimular a negociação que permite uma ampliação da normatividade. São atores da ação integral que promove cuidado e autonomia e confere direitos de cidadania.		A inserção social depende da vida cotidiana na cidade. Relacionamento social, consumo, integração com a cidade e desenvolvimento da autonomia das relações sociais.

continua

TEMA SERVIÇO						
Ref. bibliográfica	Ano	Tema da revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Marques, Mariana Ribeiro. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. Psicol. soc. (Online);25(spe2):31-40, 2013.	2013	Psicologia	O acompanhamento terapêutico como prática fundamental no processo de desinstitucionalização.	A importância do acompanhamento do usuário na resolução de questões do dia a dia e na formação de vínculos sociais através da circulação nas cidades, como na forma de construção de uma rede de referência na comunidade (território urbano).		Apropriação do território urbano. Rua como lugar de trocas, encontros e experiências. Possibilidade da criação de novos vínculos.
Cedraz, Ariadne; Dimenstein, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. Rev. mal-estar subj; 5(2):300-327, set. 2005.	2005	Psicologia	Oficina terapêutica.	Limites e possibilidades das oficinas terapêuticas como práticas da desinstitucionalização.		As oficinas funcionam como espaços de discussão e desconstrução dos valores que fundamentam nossas ideias e práticas, abrindo a possibilidade para que cada um possa estabelecer novas conexões, criar territórios existenciais atravessando outros valores.

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
Gonçalves, Laura Lamas Martins; Barros, Regina Duarte Benevides de . Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. Psicol. soc. (Online); 25(spe2): 108-116, 2013.	2013	Psicologia	Discutir o atendimento terapêutico como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção mental no contexto da RP.	Atenção: mesmo num processo de desconstrução da lógica manicomial, os dispositivos de saúde podem simplesmente reproduzir o processo de produção de subjetividade privatizada, restringindo-as ao domínio de marcadores psicopatológicos.		Trabalho no território, circulação pelos espaços da cidade. Possibilitar novas experiências nos encontros que a cidade oferece. (re) estabelecimento de múltiplas formas de relação com o mundo, dando suporte à expansão das redes vivenciais dos sujeitos. Mapeamento da rede social e construção de novos rearranjos das/nas redes das quais faz parte (famílias, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e pares comunitários).

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Lemke, Ruben Artur; Silva, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. Psicol. soc. (Online); 25(spe2):9-20, 2013.	2013	Psicologia	Construção da lógica territorial do cuidado pelos acompanhantes terapêuticos.	A desisnt. exige a relação com o território, o deslocamento das ações para o contexto social dos usuários, para alterar a relação do corpo social com a loucura. Tornar o território um princípio organizador das práticas de cuidado.		A inserção social de dá pelo trabalho que visa a ampliação do território de circulação do usuário: do quarto à sala, da sala para a rua e da rua para à cidade. Produzir o cuidado no território.

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Rodrigues, et al. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. Estud. pesquis. psicol. (Impr.);11(3):734-754, dez. 2011.	2011	Psicologia	Contribuições da psicologia comunitária para a desinsti.	Participação é mais do que contribuição na política e no seio administrativo. Participação "pode significar seu lugar no espaço urbano, afetar e ser afetado pelo convívio social, fazendo a cidade e seus moradores experimentarem inquietações perante a diferença. Pode, ainda, ser apenas conviver, estar presente no cotidiano, relacionar-se."pg.7.	Participação dos usuários. A participação se configura como um espaço de construção coletiva do protagonismo que requer saída do assujeitamento, de uma relação de dominação e tutela, para a construção de um sujeito político.	

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Lussi, Isabela Aparecida de Oliveira; Pereira, Maria Alice Ornellas.. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. Rev. Esc. Enferm. USP;45(2):515-521, abr. 2011.	2011	Enfermagem	Inserção labora. Economia solidária e empresa social como alternativas possíveis para a inserção de portadores de transtornos psíquicos no mercado de trabalho.	O trabalho sempre esteve presente no contexto da psiquiatria e saúde mental, desde como forma de tratamento baseada na ética pelo trabalho vista como capaz de combater a pobreza e ociosidade. Tratamento de Pinel, laborterapia etc.		Se dá pela reabilitação psicossocial a partir do aumento da capacidade contratual dos usuários. "O trabalho, para que seja ferramenta de inclusão labora e social, é importante que seja entendido como produção e troca de mercadoria e valores... partir da noção de trabalho como promotor de articulação do campo de interesses, das necessidades, dos desejos. "p. 518. Não perder a ênfase terapêutica. O trabalho deve proporcionar trocas sociais, afetivas e material e lhe confere valor social, transforma a concepção de trabalho terapêutico em produção de sentido e produção de vida.

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Barreto, Jubel.. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. Physis (Rio J.);18(2):295-316, 2008.	2008	Psicologia	Discutir as relações entre cidadania e subjetividade.	Cidadania significando inclusão social, acesso à contratualidade, às ideias de aquisição de autonomia, referindo-se à participação dos circuitos de trocas (inclusiva simbólicas); englobando a ideia de empowerment (termo que pode ser traduzir algo como apropriação ativa das críticas de direito) etc.	Cidadania vinculada à política e ao espaço público. É necessário romper com a noção tosca que assimila a noção de cidadania aos conceitos de autonomia, contratualidade, competência social etc. estes são condições que são pré-requisito ao ingresso no círculo da cidadania.	Inserção social pelo compromisso de reinventar o espaço plural da política como lugar que desfrute da amizade, da espontaneidade, da liberdade e da criação, de um novo começo.

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Rinaldi, Doris Luz; Cabral, Leonardo Henrique; Castro, Gabriela Sulaiman de. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. Estud. pesqui. psicol. (Impr.);8(1), abr. 2008.	2008	Psicologia	Discutir os limites e possibilidades da articulação da psicanálise e da reabilitação psicossocial.	A reforma psiquiátrica se caracteriza como uma resposta política para a questão da loucura, a partir de leis e propostas, essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações interpessoais.	Não especifica o que é cidadania, mas há limites da estratégia que se baseia na reabilitação psicossocial focada na lógica da cidadania como busca por direitos iguais e participação produtiva na sociedade capitalista. Nem sempre essas necessidades são as do sujeito, mas sim um ideal perseguido pela nossa sociedade.	Resgate do sujeito que é vítima da institucionalização e da segregação. resgatar é uma forma de trazer o sujeito para o espaço das trocas, da contratualidade.

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Souza, Mériti de. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. Rev. latinoam. psicopatol. fundam; 11(3):437-448, set. 2008.	2008	Psicologia	Problematizar as relações entre cidadania e prática terapêutica no bojo da RP.	A RP se assenta na perspectiva da conquista da cidadania e da inclusão social.	Não especifica o que é cidadania, mas afirma que a conquista da cidadania operaria um efeito terapêutico necessário para a reorganização subjetiva, pois a questão do contrato social colaboraria na contenção das paixões. Ou seja, funciona como um freio dos impulsos.	

continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Oliveira, Alice Guimarães Bottaro de; Alessi, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc. saúde coletiva;10(1):191-203, jan.-mar. 2005.	2005	Saúde Coletiva	Analisar a cidadania como instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.	Paradoxo da cidadania em Birman e Bezerra Jr. Cidadania só será alcançada com a busca de um novo lugar social da loucura, ou seja, transformação no modo de pensar e loucura e superação da loucura enquanto desrazão e diagnóstico psiquiátrico. Foco na reabilitação psicossocial de Sarraceno: habitat, rede social e trabalho como valor - exercícios contratuais.	Superação das práticas contratuais e na busca de um novo lugar social da loucura. Ampliação da compreensão da cidadania, não mais restrita ao reconhecimento de direitos, mas ao processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo.	
						continua

TEMA TEORIA						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Miranda, Cristina Maria Loyola. O cuidado com inclusão do sujeito. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;4(1):129-37, abr. 2000.	2000	Enfermagem	Discutir o movimento da reforma psiquiátrica brasileira a partir da bandeira da cidadania.	A ideia síntese da RP é a inclusão do sujeito. Há uma tensão entre tutela e cuidado. Cuidado não é tutela.	A RP, enquanto luta pela cidadania, pode ser resumida no programa incluir o sujeito. A questão da cidadania envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, que supera a anulação do sujeito pela doença.	Inclusão social = cidadania.
Guedes, et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa . Rev. eletrônica enferm;12(3), set. 2010. ilus.	2010	Enfermagem	Revisão integrativa da literatura a respeito da reforma psiquiátrica e desinstitucionalização de 2004 a 2010.		Resgatar a cidadania em todas as nuances da vida. Reestabelecer o poder contratual. Percepção do "doente" como ser humano e cidadão.	Cuidar em liberdade. Utilizar a atenção psicossocial como ferramenta para a promoção da inclusão social dos indivíduos. Integração social é um processo que deve ser promovido dentro dos serviços substitutivos. É de suma importância a promoção do cuidado nesses serviços.

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
Azevedo et. al. Concepção dos profissionais da atenção psicossocial sobre inclusão social Cogitare enferm;18(2):288-295, abr.-jun. 2013.	2013	Enfermagem	Conhecer a concepção sobre inclusão social dos profissionais.	Inclusão social pauta-se nos seguintes princípios: celebração da diferença, direitos de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária. É um processo pela qual a sociedade se adapta para incluir em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais. Inclusão no mercado de trabalho, esporte, turismo, lazer, arte, cultura, religião, educação etc. "CAPS não é sinônimo de inclusão social, mas uma estratégia para estimular esse processo ao enfrentar a cultura estigmatizante, ao buscar construir redes sociais, ao estimular a autonomia do usuário, ao evitar interações e possibilitar outras formas de tratar.		2 concepções de inclusão: 1. como possibilidade de acesso à bens e serviços. Inclusão seria promover a livre circulação das pessoas em situação de sofrimento nos espaços sociais, como supermercado e escola, ou seja, superar barreiras físicas e cognitivas. Acesso a lazer, cultura e educação. Vencer barreiras da exclusão socioeconômica. 2. Inclusão como reabilitação e reinserção. Reabilitação entendida como um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades pessoais, autonomia, possibilitando o poder de decisão , bem como a construção de sujeitos ativos e produtivos. Inclusão no mercado de trabalho.
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Paranhos-Passos, Fernanda; Aires, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Physis (Rio J.);23(1):13-31, 2013.	2013	Saúde Coletiva	Analisar a visão dos usuários de serviços de CAPS acerca da reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico.	A reinserção social é vista como o principal objetivo da reabilitação psicossocial, referindo-se ao convívio do sujeito nas instâncias sociais, possibilitando o processo de trocas. " A reabilitação psicossocial é uma estratégia que visa proporcionar a autonomia do portador de sofrimento psíquico para que ele possa atuar com independência nos diversos contextos sociais, exercendo sua cidadania plena, e direcionando-o à reinserção social. "(p18).		Reinserção refere-se à possibilidade de convívio do portador com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais.
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Brito et al. O significado do trabalho para profissionais de saúde mental J. Health Sci. Inst = Rev. Inst. Ciênc. Saúde;28(2), abr.-jun. 2010.	2010	Enfermagem	Refletir sobre o significado do trabalho em SM segundos os preceitos da RP.	No modelo assistencial proposto pela RP estão inclusos os discursos da inclusão, da cidadania, do direito ao cuidado e direito de circular pela cidade.	"(...) cidadania relaciona-se a ampliação de direitos sociais, políticos e jurídicos (...)"(166). "O termo cidadania deve ser compreendido, não só pelo seu sentido em si, mas como um definidor de um discurso próprio da RP. Um discurso que proporciona "um deslocamento do saber médico psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, da passagem de um discurso médico para o discurso da cidadania "(166).	
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Macedo, Jaqueline Queiroz; Silveira, Maria de Fátima de Araújo. A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos - Análise quantitativa e qualitativa Online braz. j. nurs. (Online);8(2), ago. 2009.	2009	Enfermagem	Conhecer e compreender a visão dos moradores a respeito do Serviço residencial Terapêutico.	O SRT é um serviço importante para a reinserção social. Através da inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico na comunidade, com o encontro entre a loucura e a cidade, busca-se desconstruir o estigma social que envolve a loucura, a ideia de periculosidade, asilamento, pressão e, assim, busca produzir singularidades a partir da convivência do "loco y cidade"(p.8).		Não fala o que entende por inserção social, mas fala da importância que o SRT para a inserção por meio da reconstrução dos laços sociais.
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Antunes, Sônia Marina Martins de Oliveira; Queiroz, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa Cad. saúde pública = Rep. public health;23(1):207- 215, jan. 2007.	2007	Saúde Coletiva	Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde do CAPS.	contexto da desinst: transição de uma ordem centrada no hospital para uma ordem centrada na família e no meio social do paciente, nem as regras estão bem construídas, nem as práticas plenamente institucionalizadas.	Não especifica. Apenas afirma que : O CAPS pode proporcionar ao usuário mudanças rumo à construção de sua cidadania.	"o setor mais prejudicado é o relacionamento com o acompanhamento pós- alta, que procura a reinserção do paciente em sua família e na comunidade.
Dutra, Virgínia Faria Damásio. O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização Ciênc. cuid. saúde;10(2):218-225, abr.-jun. 2011.	2011	Saúde Coletiva	Descrever a perspectiva dos usuários sobre o cuidado às pessoas em processo de desinstitucionalização.	A atenção psicossocial está fundamentada no respeito à singularidade dos indivíduos como cidadãos capazes, produtivos e livres. "(...) a diferenciação significa passar do homogêneo da instituição psiquiátrica fechada para o heterogêneo do social"(p.221). Superação do paradigma da tutela.		Inserção como retomada da vida na sociedade. Adquirir habilidades de trocas, fazer parcerias, participar de movimentos sociais etc. Busca por possibilidades de se relacionar, de fazer novas parcerias, refazer laços sociais, investir na retomada da vida.
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Feitosa et al. (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização Psicol. teor. prá;14(1):40-54, abr. 2012.	2012	Psicologia	Compreender quais são as concepções dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização.	Reforça a importância em apoiar as famílias e "reintegrá-las no tratamento, instaurando a ideia de corresponsabilidade para que a família se torne facilitadora nas ações de inserção do seu paciente no meio social"(p51).		Família com um papel importante para a reinserção social. Promoção do convívio social. Investir na construção da autonomia dos usuários.
Bosi et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do BrasilCiênc. saúde coletiva;17(3):643-651, mar. 2012.	2012	Saúde Coletiva	Interrogar os usuários se e como as experiências desenvolvidas se constituem efetivamente como práticas de cuidados inovadoras.		É citado "produção de novas formas de cidadania" (p650), entretanto, não especifica o que compreende por isso e nem como seria possível. Vincula à cidadania a tomada de responsabilidade, autonomia e poder contratual.	Vincula a possibilidade de inserção aos trabalhos que tenham a vida cotidiana, a atuação no território, fomentando o fortalecimento de redes de apoio e integralidade do cuidado.
continua						

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Silva, Danielle Souza; Azevedo, Dulcian Medeiros de. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico Esc. Anna Nery Rev. Enferm;15(3):587-594, jul.-set. 2011. tab.	2011	Enfermagem	Investigar as percepções dos profissionais de enfermagem sobre os SRT.	O SRT tem como propósito reintegrar o portador de transtorno mental na sociedade. É uma peça fundamental na concretização da desinst. A RP "traz consigo um enfoque psicossocial sobre o transtorno mental, enxergando antes da doença o sujeito que sofre.		"A reforma veio para incluir o usuário à família, à sociedade..."(590). Os TOs "apresentam-se como ferramentas imprescindíveis de ressocialização e inserção individual em grupos, pois objetiva o trabalho, o agir e o pensar coletivos, conferidos por uma; lógica inerente ao paradigma psicossocial, que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito"(592).
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Colvero et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença Rev. Esc. Enferm. USP;38(2):197-205, jun. 2004.	2004	Enfermagem	Identificar as representações sociais construídas por familiares acerca do fenômeno saúde-doença mental.	"Compreender o familiar como um parceiro singular é fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental" (199) Na abordagem da desinst. "a família deverá ser incluída na condição de protagonista do cuidado reabilitador"(200).		Inclusão social pela família. Dificuldade pelo estigma e dificuldade em lidar com o comportamento do doente. Sentimento de insegurança e desconforto da família. Sobrecarga do familiar.
continua						

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Leão, Adriana; Barros, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social Saúde Soc;17(1):95-106, jan.-mar. 2008.	2008	Saúde Coletiva	Identificar as representações sociais dos profissionais sobre as práticas de inclusão social.	Risco de que os serviços substitutivos reproduzam o modelo baseado no psiquiátrico manicomial.		Busca pela autonomia produção de sentido e de sociabilidade. Exercer trocas sociais. O CAPS por si só não é a inclusão social. É uma estratégia para estimular o processo e para enfrentar a cultura estigmatizante ao buscar construir redes sociais. "(...) Mesmo não estando internada, a pessoa com transtorno mental continua excluída em decorrência da ideologia manicomial que ultrapassa os muros do manicômio e passa a se concretizar nas relações com o paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade. "(101 apud Salles, 2005).
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Leite, Léa Dolores Gomes. Concepções e práticas profissionais relativas à doença mental Rev. bras. ciênc. saúde;16(1), mar. 2012.	2012	Saúde Coletiva	Identificar a concepção de doença mental dos profissionais acerca da saúde mental.			"(...) a reinserção social foi vislumbrada como plausível de ser alcançada através do trabalho fornecido pelo CPAS, inclusive em se tratando da diminuição ou erradicação das crises "(25). Convivência em espaços que possam ter relação com o meio social.
Santos Júnior et al. Similitudes e diferenças nas temáticas que envolvem a moradia e o cuidado nas residências terapêuticas: abordagem qualitativa Online braz. j. nurs. (Online);7(3), 2008.	2008	Enfermagem	Identificar aproximações e distanciamento das falas dos usuários e profissionais sobre o cuidado e a moradia	"With an ideology contrary to that of psychiatric hospitals, the Half-Way Houses are inserted into the community and are part of the dynamics of the neighborhood, which allows its residents to become inhabitants of the city, and thus to experience its dynamics" (6)		Inserção vinculada ao acesso à cidade, apropriação do espaço urbano, o habitar na sociedade.
						continua

TEMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E/OU USUÁRIOS						
Ref. Bibliográfica	Ano	Tema da Revista	Objetivo do artigo	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Maciel et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais Psicol. cienc. prof; 29(3):436-447, set. 2009. ilus	2009	Psicologia	Analisar os significados atribuídos por familiares de doentes mentais à família	"É justamente isso que está ocorrendo no Brasil: a deospitalização e a inclusão sócio-familiar do doente mental sem a consideração da família, da sociedade e das portas de sustentação da exclusão"(439) Ou seja, não houve uma preparação da família e da sociedade para recebê-los. Os encargos que recaem sobre a família vão das dificuldades econômicas às reações emocionais, ao estresse em face de um comportamento perturbado à disfunção da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais. (444)		Inclusão associada à educação, lazer, adaptação, medo, trabalho, convivência, controle emocional, atividade produtiva etc. A inclusão do doente na família e na sociedade é vista com ressalva pelos familiares.

ANEXO 4

MATRIZ DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
I Conferência Nacional de Saúde Mental	1988	1 - Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2 - Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde mental; 3 - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.	PROPOMOS legislação psiquiátrica: "1. que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle; 2. que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação; 3. que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico; 4. que os critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária,	PROPOMOS legislação trabalhista: 1. o reconhecimento de que a doença mental esteja ligada às condições em que ocorrem as atividades produtivas; 2. que se crie dispositivo legal que garanta a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento; 3. que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva, mas sim que adequem as limitações das doenças mentais do trabalhador às atividades que este possa desempenhar satisfatoriamente;	Participação da vida social e condições de acesso aos bens materiais e culturais; sujeitos de direitos - foco na legislação.	Não é explicitada

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
			<p>assim como o direito ao atendimento multiprofissional;</p> <p>5. que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa ou de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;</p> <p>6. que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental;</p> <p>7. que aos menores submetidos à</p>	<p>4. punição do empregador que mantenha condições de trabalho reconhecidamente insalubres e deletérias à saúde, com o estabelecimento de responsabilidade legal pelos prejuízos eventualmente produzidos;</p> <p>5. que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho;</p> <p>6. reformulação do seguro-desemprego e sua ampliação, e forma a assegurar a</p>		

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
			internação sejam garantidos os direitos de proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle e proteção que evitem uma discriminação acessória a partir de sua minoridade e condição de tutelados; 8. em relação à internação de menores marginalizados, que esta seja feita mediante a avaliação de equipe multiprofissional e com ordem judícia."	sobrevivência digna dos trabalhadores e sua família, para evitar que este recorra à tática de psiquiatrização como forma de subsistência; 7. inserir em uma nova Consolidação das leis do trabalho (CLT), formulações que garantam: a) diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica: através da diminuição das jornadas de trabalho e do aumento dos períodos de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades; b) períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental		

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
				<p>autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto;</p> <p>c) em se tratando e atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar essas atividades;</p> <p>d) para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores – através de seus Sindicatos, Comissões de Fábrica, Comitês de Saúde ou da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPAs) – a formação de grupos de</p>		

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
				<p>avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Tais grupos deverão sempre ser constituídos, paritariamente, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo-se necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações – cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores em todas as suas etapas;</p> <p>e) os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre a empresa e os trabalhadores;</p> <p>f) A duração normal do trabalho, para os</p>		

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
				empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais; g) que se retire da CLT o alcoolismo como causa de demissão e que nenhuma outra dependência seja causa de exclusão do trabalho.		
II Conferência Nacional de Saúde Mental	1994	1. Atenção à Saúde Mental e Municipalização. 2. Direitos e Legislação: Direitos Cíveis; Direitos Trabalhistas; Drogas e Legislação e Direitos dos Usuários.	Foco da cidadania: interdição; "É necessária a transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização" p. 8.	Propiciar ao paciente internado por períodos prolongados, já desospitalizado, a oportunidade de desenvolver suas potencialidades manuais, artísticas, esportivas, entre outras, com a criação e funcionamento constante de oficinas, com profissionais capacitados para o seu	Participação da vida social e condições de acesso aos bens materiais e culturais: sujeitos de direitos (tutela e curatela), autonomia de decisão; possibilidade de se vincular a associações; foco na legislação	Suporte familiar; Exigir do Estado a atenção integral aos pacientes asilares (assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para a sua manutenção) devendo-se, sempre que

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
				atendimento e de seus familiares, propiciando sua reinserção familiar e social.		possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade.
III Conferência Nacional de Saúde Mental	2001	1. Reorientação do modelo assistencial em saúde mental. 2. Recursos humanos. 3. Financiamento. 4. Acessibilidade. 5. Direitos e cidadania. 6. Controle social	O foco se torna o serviço; "política que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando deste modo o exercício de cidadania plena. P. 121"; "Fomentar revisão dos critérios de interdição do código civil, privilegiando a vontade e autonomia do sujeito (...). p. 126"; Direitos sociais- Concessão de benefício: Loas- Benefício de Prestação Continuada(BPC).	"Um dos grandes destaques, na direção de medidas de inclusão social, foram as propostas relacionadas com a inserção no mundo do trabalho, através de projetos de geração de renda ou formação de coordenativas sociais: p. 121"; Promoção de cursos de capacitação profissional"; Exclusão do conceito de "presunção da periculosidade. "P. 126; Apoio da família - "Garantir ações de fortalecimento das relações familiares, através de acompanhamento, orientação e grupo de pais, incentivando a	Autonomia - alteração no código civil; Interdição civil; Internação involuntária; Benefícios sociais.	"(...) política de inclusão dos portadores de transtorno mental, seja no mercado de trabalho formal, seja através de apoio às cooperativas sociais" p. 121; Educação inclusiva; Estigma "extinção de dispositivos legais que atribuam o estigma de periculosidade; " e família.

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
				organização de familiares na busca da conscientização dos seus direitos e dos usuários através de ações intersetoriais" p. 135-136; "Estigma - "Elaborar e efetivar campanhas nacionais de esclarecimento e conscientização sobre a saúde mental e reforma Psiquiátrica, na mídia, através do Ministério da Saúde e das Comissões Municipais, Estaduais e Nacional da Reforma Psiquiátrica, a fim de sensibilizar a população em geral sobre o preconceito e o estigma (...) "p. 136.		
VI Conferência Nacional de Saúde Mental	2010	1. Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais. 2. Consolidar a Rede de Atenção	Direitos sociais - "conquistas dos direitos sociais (...) moradia, transporte, lazer, esporte, educação, cultura,	Estigma - "Enfrentamento dos preconceitos referentes à saúde mental (...) " p. 105; "Criar mecanismos para	Direitos sociais, internação involuntária, autonomia; direitos políticos – participação.	estigma, família, trabalho-economia solidária.

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
		<p>Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais.</p> <p>3. Direitos.</p>	<p>inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo". p. 106;</p> <p>"acesso à cidadania por meio de políticas públicas: assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, etc." p. 109;</p> <p>Controle e acompanhamento da internação involuntária; Direitos sociais - BPC/Loas; Participação política - "Fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral. Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a</p>	<p>conscientização da sociedade quanto aos direitos de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e não exclusão, possibilitando a convivência, o respeito à diversidade, e a oferta de acessibilidade aos direitos sociais". p. 108</p> <p>Trabalho - "(...) política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais (...)" p. 111;</p> <p>inclusão trabalho ao também pela política de cotas - "criam cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de</p>		

continua

RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL						
Conferência	Ano	Temas	Contribuição para a análise	Contribuição para a análise 2	Cidadania	Inclusão Social
			participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com trabalhadores e gestores dos serviços de saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instancias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS" p. 141.	renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal" p. 114; Estigma Código penal - "Excluir o conceito de presunção de periculosidade" p. 121; Família - "Garantir a inclusão da família no processo educacional e nas ações ligadas à recuperação dos usuários, bem como o acesso aos serviços da rede de saúde mental para as pessoas com necessidades especiais" p. 132.		

continua

ANEXO 5

MATRIZ DA LEGISLAÇÃO

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
Portaria nº 224/MS, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.	1992	Portaria	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.	<p>4. DISPOSIÇÕES GERAIS</p> <p>1. Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: – está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes); – deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; – deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; – os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.</p>	Uma pessoa de direitos. Referem-se a direitos civis e sociais.	<p>Registram as seguintes associações:</p> <p>a) Laços Sociais e Cidadania: Ênfase na participação social e atividades comunitárias visando a trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;</p> <p>b) Família - abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.</p>
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Lei no 9.867, de 10 de novembro de 1999,	1999	Lei	Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais.	"As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos."	Integração social dos cidadãos. Associação com a inclusão social e direitos sociais.	É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Portaria GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000.	2000	Portaria	Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.	Respeitar os direitos do usuário como <u>cidadão</u> e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.	Uma pessoa com seus direitos respeitados, com autonomia e inserida na vida comunitária. Associação com a inclusão social e todos os direitos civis, sociais e políticos.	Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Associação com a família, laços sociais, acesso a cidade e autonomia.
Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001	2001	Lei federal	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	Em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.	Uma pessoa de direitos, referem-se a todas as categorias de direitos (civis, sociais e políticos).	O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. Associação com a família, laços sociais, acesso a cidade e autonomia.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002	2002	Portaria	Institui os Centros de Atenção Psicossocial.	Responsabilizar-se no âmbito do seu território por: organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; desempenhar o papel de regulador da porta de entrada; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental.	Reintegrada na comunidade e na família. Referem-se às categorias de inclusão social.	Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Associação com família, acesso a cidade e laços sociais.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003	2003	Lei	Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial.	O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa".	Associação com a inclusão social.	Lei do Programa de Volta para Casa; na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência; Em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental. Associação com autonomia, laços sociais e cidadania.
Portaria Interministerial N° 353, de 7 de março de 2005	2005	Portaria	Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária.	Busca construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhore as condições concretas de vida.	Cidadania resgatada e associação com a direitos sociais; Trabalho.	Concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos. Associação com trabalho e autonomia.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.	2008	PORTARIA	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.	Os CAPS são serviços territorializados, circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam, visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários. Os NASF integrados a essa rede, devem propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização dos recursos comunitários na busca da equidade, integralidade e construção da cidadania.	Construção da cidadania. Associação à inclusão social.	Propiciar condições à reinserção social dos usuários. Referem-se à cidadania.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Portaria Nº 3.088, de 23/12/2011	2011	Portaria	Instituí a Rede de Atenção Psicossocial.	O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.	Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Referem-se à direitos civis, sociais e políticos, além da inclusão social.	Estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia buscando sua progressiva inclusão social. Associação à contratualidade e laços.
						continua

LEGISLAÇÃO						
Lei	Ano	Tipo de Lei	Qual objetivo?	Contribuição para a análise	Cidadania	Inclusão social
continuação						
Portaria Nº- 3.090 de 2011	2011	Portaria	Custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.	Cidadania direitos sociais/moradia	A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Referem-se à autonomia.