



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Departamento de Ciências Sociais – DCS
Área de Concentração: Políticas Públicas e Saúde

**Associações de usuários e familiares frente à implantação da
política de saúde mental no município do Rio de Janeiro
(1991 - 1997).**

Por

Waldir da Silva Souza

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-graduação da
Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientador: Profº Dr. José Mendes Ribeiro

Co-orientador: Profº Dr. Paulo D. C. Amarante

Rio de Janeiro - 1999

**Associações de usuários e familiares frente à implantação da
política de saúde mental no município do Rio de Janeiro
(1991 - 1997).**

Por

Waldir da Silva Souza

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-graduação da
Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientador: Profº Dr. José Mendes Ribeiro

Co-orientador: Profº Dr. Paulo D. C. Amarante

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, Valdir e Rita, por tudo que fizeram e fazem, pelo o que me ensinaram sobre a vida, e pela pessoa que sou. Aos meus irmãos Waldemar e Rosenilda pela bela infância inesquecível e amizade.

À Martha, amiga companheira, maior incentivadora, doce luz que divinamente acaricia minha alma, em êxtase majestoso, se o triunfo é supremo, os lauréis a ti são os mais belos. És chama de clarão etéreo que em seu jorro cristalino sentimento puro fecunda e em seu coração me torno seu mais infinito eleito. Você é a responsável por este momento, este trabalho é para você; tirando os erros é claro.

Aos “amados mestres” e amigos, José Mendes Ribeiro e Paulo Amarante, que mais do que orientações sobre formas e rigores intelectuais sempre acreditaram e depositaram suas fichas na consecução deste trabalho.

Agradecimentos

As palavras aqui colocadas mais do que cumprir um procedimento de um ritual representam em sua força sentimentos de gratidão e apreço. Este momento chega com alegria compartilhada com os amigos da vida, Sidney, Denise, Alberto, Andréa Lemos, Paulinho “bonito” Dias, Flávio Gomes, Bosco, Dirney, Ernesto Aranha, Axel; do LAPS e do NUPES, núcleo onde tudo começou sob um clima intelectual vigoroso, Lena, Vilma, Cláudio, Jacob, Janete, Marilene, Ana Cláudia, Laurinda Maciel, Laurinda Beato, Andréa, Valéria Lagrange, Débora, Rose Fiães, Carlos Eduardo, Carlos Otávio, Rosemary Corrêa, Alessandra, Antônio, Ricardo, Ana Beatriz “Bela”, Leandra, Alexandre, Maria Helena Mendonça, Sônia Fleury, Lígia, Lenaura Lobato, Antonio Ivo. Aos amigos de turma do mestrado Gílson, Maria Helena, Vera, Ana Paula Gil, e Paulo Wilken foi muito bom estarmos juntos na lida intelectual, valeu.

Há de se registrar efusivos agradecimentos aos professores da Subárea Políticas Públicas e Saúde que ensinaram mais do que conhecimento, ensinaram o respeito e a valorização da pessoa humana acima das intransigências formais e burocráticas. Demonstraram a grandiosidade e o real sentido da docência, que esta vai para além da intolerância, que também se faz com adversidades mesmo que estas sejam as nossas limitações de discente. Portanto, aos mestres Paulo Amarante, José Mendes, Nilson do Rosário, Lenaura Lobato, Jeni Vaitsman, Eduardo Stotz, Maria Helena Mendonça e Antonio Ivo, expresso plenamente minha fraterna admiração e gratidão, obrigado.

Quero agradecer à Gerência do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, na pessoa do Dr. Hugo Fagundes, e aos membros do Conselho Municipal de Saúde, técnicos e conselheiros, pela excelente acolhida e receptividade. Estas instâncias colocaram à disposição os seus acervos, viabilizando e contribuindo efetivamente para a realização desta dissertação. À Walnizia, Luciana, Regina, Wagner, Dr. Gaspar Neiva e ao Dr. Vivaldo Sobrinho, Coordenador Técnico do Conselho, o meu sincero obrigado.

O produto final deste esforço já mais seria possível sem a colaboração das pessoas contactadas, entrevistadas ou que de alguma forma colaboraram na sua realização.

Meus agradecimentos também são para a Sra. Iracema Polidoro, Presidente da APACOJUM e Sr. Zedir Macedo, Presidente da AFDM. Aos entrevistados que com paciência e atenção expuseram com máximo brilho e interesse seus conhecimentos e experiências pessoais com as associações: Dr. Hugo Fagundes, Gerente do Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro; Dr. Domingos Sávio, ex-coordenador da COSAM; Sr. Vany José e Sr. Artur, da APACOJUM; Sr^a Blandina e Sr^a Graça Fernandes, da SOSINTRA; Sr^a Vanda Macedo, da AFDM.

Cabe registrar que para a concretização deste momento foi fundamental o apoio dado pela Escola Nacional de Saúde, ao disponibilizar toda a sua infra-estrutura, e a CAPES através do financiamento da bolsa de estudos viabilizando de forma concreta a plena realização desta dissertação.

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

S729c Souza, Waldir da Silva
Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997). /Waldir da Silva Souza. – Rio de Janeiro: s. n.; 1999. 179p.

Orientador: Ribeiro, José Mendes
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Saúde mental. 2. Associação de ajuda a doentes mentais.
3. Política de saúde.

CDD – 20.ed. – 362.2098153

RESUMO

No cenário social o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira introduziu na agenda das políticas públicas o tema da desinstitucionalização, assim como a proposta de mudança no modelo de atenção à saúde mental. O Movimento deflagrou transformações políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura. O presente estudo analisa a ação política de três associações de usuários e familiares, a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA) e a Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM), interpretadas enquanto grupo de interesses em uma arena específica, o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As associações apresentam, como essência central, uma ação política na qual difundem a construção de identidades democráticas no marco das instituições representativas, com a constituição de formas coletivas de solidariedade e de ajuda mútua. Representam segmentos sociais que até então encontravam-se excluídos do debate, ou da possibilidade de participar diretamente no processo decisório sobre a formulação e implementação das políticas públicas de saúde/saúde mental, campo este largamente dominado pelo discurso técnico. Assim, buscam influenciar na implementação e execução das políticas nas instâncias colegiadas definidoras do rumo destas, com a apresentação de propostas e da defesa de seus interesses, funcionando como *inputs* para os *policy-making*.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform Movement introduced in the political agenda, within the social scenario, the theme of desinstitutionalization, along with the proposal for a change in the model of attending to the subject of mental health. The Movement started up political, social and cultural transformations in dealing with insanity. This study analyses the political action of three associations of afflicted persons and families, the AFDM (Brazilian Association of Friends, Families and Patients Mental Health), SOSINTRA (Society of General Services for the Integration Through Work) and APACOJUM (Association of Juliano Moreira Colony Families and Friends), interpreted as forming a group of interests in the specific area of the Municipal Health Council of Rio de Janeiro. The associations present, in their basic reason to exist, a political action in which the building up of democratic identities within representative institutions are made known with the establishment of forms of collective solidarity and mutual aid. They represent social segments that up to now were excluded from debates, or from the possibility of participating directly in the decision making process concerning creation and implementation of public health/mental health policies, a field largely dominated by technical discourse. Thus they seek to influence the implementation and execution of the policies in the groups that define their aims, by submitting proposals and by defending their interests, functioning as inputs for policy-making.

ÍNDICE

A Título de Introdução:

<i>A Gênese de uma Quase Evidência.....</i>	12
<i>Associações de usuários e familiares: o objeto desnudado.....</i>	18
<i>Associações civis: democratizando os espaços sociais.....</i>	19
<i>Uma breve visão histórica acerca do tema Associações Civis em Saúde Mental.....</i>	22

Capítulo I

<i>Procedimentos Metodológicos e Conceitos.....</i>	32
<i>Os Instrumentos de Coleta de Dados.....</i>	37
<i>O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como Arena Pública.....</i>	38
<i>As Instituições de Referência.....</i>	41
<i>Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.....</i>	41
<i>Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde - NUPES.....</i>	41
<i>Instituto Franco Basaglia - IFB.....</i>	42
<i>Bases Conceituais: comunidade epistêmica e grupos de interesse.....</i>	45
<i>Comunidade Epistêmica.....</i>	45
<i>Grupos de Interesse.....</i>	51

Capítulo II - Estado Contemporâneo, Políticas Públicas e Welfare: cidadania deteriorada ou governance saneada?

<i>O Welfare em Discussão: crise e reformas.....</i>	66
<i>As Políticas de Saúde Mental no contexto da Reforma do Estado: algumas Aproximações.....</i>	86

Capítulo III - Política Setorial: A Reforma Psiquiátrica e o Município do Rio de Janeiro

<i>Sistema Único de Saúde: ultrapassando os limites do pretérito.....</i>	<i>92</i>
<i>A Reforma Psiquiátrica Brasileira – aspectos gerais, revisão de seus antecedentes históricos e influências internacionais.....</i>	<i>95</i>
<i>O velho já não domina mais: em cena os serviços substitutivos e as inovações institucionais</i>	<i>104</i>
O nível local como locus da ação das políticas públicas: um perfil para a saúde mental.....	109

Capítulo IV – Associações Civis: algumas experiências na saúde mental..... 123

Associações de usuários e familiares: registro de uma ação política...	125
As associações e a luta pela cidadania do doente mental.....	125
As associações civis em saúde mental.....	126
Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho – SOSINTRA.....	126
Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil – AFDM.....	130
Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira – APACOJUM.....	136
Formatos Institucionais, Similitudes e Diferenças: transpassando os perfis institucionais.....	139

Comentários e Perspectivas: à guisa de considerações finais..... 154

<i>Referências Bibliográficas.....</i>	162
Anexo I.....	171
Anexo II.....	174
Anexo III.....	177

*“Tire suas mãos de mim
eu não pertença a você
não é me dominando assim
que você vai me entender
posso estar sozinho mas
eu sei muito bem aonde estou”*

(Será, Renato Russo/Legião Urbana, 1984)

I - A TÍTULO DE INTRODUÇÃO:

A Gênese de uma Quase Evidência

I - A TÍTULO DE INTRODUÇÃO

A Gênese de uma Quase Evidência

O desejo de realizar esta investigação está intimamente associado à nossa trajetória profissional, representada pela formação em Ciências Sociais e pela participação, nos últimos anos, em pesquisas direcionadas à reflexão e monitoramento das políticas de saúde mental e da trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Durante a participação em tais pesquisas, nos debruçamos sobre temas como Reforma Psiquiátrica, política de saúde, associações de usuários, associações de familiares, cidadania dos doentes mentais, movimentos sociais, a consolidação de novas práticas assistenciais, e todo um conjunto de esforços voltados para a construção de novas formas de lidar com o mal-estar psíquico e com a doença mental.

Faz-se necessário, também, informar que esta investigação é conduzida por uma interpretação não necessariamente pertinente ao campo *psi*, e sim, conduzida por um instrumental essencialmente sociológico em sua intenção de dialogar com o referido campo¹.

¹ O sociólogo francês Pierre Bourdieu em diversas obras tem trabalhado de forma sistemática e específica com a noção de campo. Para este pensador o campo científico apresenta-se como um sistema de relações objetivas concorrenciais. Realiza-se uma disputa visando o monopólio da autoridade científica representada pela capacidade técnica e poder social, ou seja, o monopólio da competência científica (Bourdieu: 1982). Contudo ao referir-me à noção de campo *psi* procuro, de forma mais simples, distinguir um conjunto de práticas e saberes especializados, institucionalmente constituídos e fundamentados, basicamente, por disciplinas como a Psiquiatria, a Psicanálise e a Psicologia.

Em termos mais gerais, tal instrumental constitui-se em uma possibilidade de interpretação e de compreensão de uma conjuntura extremamente complexa e em permanente movimento. E é certo que estudar um fenômeno social complexo e que se encontra em plena realização mostra-se desafiador. Desta forma, atribuímo-nos a tarefa, ou melhor, o esforço de “abrir novos caminhos” e de assinalar elementos básicos para análise sobre associações civis em saúde mental. Trabalhamos imersos numa paisagem que tem seus movimentos variados em ritmos e formas distintas, mas, que apresenta ações inovadoras, concretas em seus resultados.

A presente introdução aponta a trajetória de construção do objeto em foco neste trabalho. Tal iniciativa se concretiza no esforço de sistematizar e interpretar as informações, coletadas no percurso de todo o processo de investigação, que circundam ou que estão presentes tanto nas estruturas enunciativas de discurso das associações civis em saúde mental, como também na ação política e nas atividades desenvolvidas pelas mesmas.

No conjunto de temas que foram assinalados na apresentação acima, chamou-nos a atenção aquele referente às **associações de usuários e familiares**. Isto porque, encontrávamos em alguns dos textos e documentos estudados (COSAM, 1994; IFB, 1997a; Amarante, 1995), uma referência freqüente à importância do surgimento e da participação de tais associações no contexto das políticas de saúde mental, e no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este ponto pode ser rapidamente verificado na seguinte passagem:

“Na última década houve um crescimento significativo da participação dos familiares no debate sobre as mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil. Surgiram inúmeras associações de pacientes e familiares pelo Brasil afora, associações contra e a favor das transformações propostas pelo Movimento da Reforma brasileira. Familiares e usuários ganharam assento na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. O poder de negociação política destes grupos, neste processo, tem aumentado paulatinamente e lhes confere um lugar de atividade, em oposição à passividade de outrora”. (Delgado et al, 1997: 269).

Entretanto, apesar da verbalizada e evocada relevância das associações presentes nos diversos documentos e nas falas dos participantes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, percebíamos, com exceções feitas aos trabalhos de Amarante (1995) e Lougon (1995), uma lacuna na produção de trabalhos que sistematizassem a trajetória e constituição desses atores sociais dentro do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, e mais precisamente, no espaço das políticas públicas. Tal situação acabava por insinuar a respeito do tema uma certa ambivalência, que por sua vez terminou por cristalizar algumas inquietações, quais sejam: o que eram realmente essas associações? Com quais objetivos se constituíram e existem? Qual a relevância das associações no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira? Efetivamente, como atuam na defesa de seus interesses?

Como constituem, como incorporam - ou não - os princípios reformadores presentes na política oficial de saúde mental?

Em adição às inquietações acima, constatou-se um paradoxo, talvez não central dentro do processo da Reforma mas, indicador da complexidade e singularidade de um estudo envolvendo associações civis em saúde mental. Tal paradoxo está relacionado à questão da representatividade e legalidade. Ou seja, diferentemente das representações de usuários existentes no campo mais amplo da saúde, no campo da saúde mental tais representações trazem consigo uma peculiaridade, e até uma inovação de ação política, qual seja: uma associação exclusivamente de usuários constitui-se na tentativa de representar aqueles que legalmente não poderiam se representar, pois, segundo o Código Civil, estariam absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil. E por terem a chamada incapacidade absoluta estariam, teoricamente, impossibilitados de assumir/exercer/responder por atos da vida civil, como estabelecer contratos e assumir encargos, não poderiam presidir uma associação e assumir responsabilidades contratuais, necessitando, assim, de alguém para presidir a associação.

A existência deste dado nos indica a realização de uma estratégia inovadora em relação a constituição de representações organizacionais, assim como, o quão peculiar é o processo associativo na saúde mental mas, ao mesmo tempo, nota-se o quanto é desafiador realizar uma dissertação que busca estampar as vicissitudes do processo associativo nesta área. Este sentimento de desafio faz-se, principalmente, ao observarmos, na produção teórica deste subsetor da saúde, lacunas na produção técnico-científica no que se refere ao

acompanhamento da dinâmica decisória e a ação de atores sociais e clientelas organizadas que demandam o Estado e suas políticas.

Assim como na Reforma Sanitária, uma das características apresentadas no âmbito do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira² foi o de aglutinar diversos grupos sociais (técnicos dos serviços, familiares, usuários) ou qualquer pessoa, com interesse em seu processo. Neste sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira colocou na agenda das políticas públicas o tema da desinstitucionalização e da mudança radical no modelo de atenção na saúde mental.

No cenário social o movimento da Reforma Psiquiátrica traz transformações políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura, tendo na sociedade seu principal interlocutor. Como exemplo do alcance cultural do movimento citamos a experiência santista do Projeto TAM-TAM, o Projeto carioca da TV Pínel, os eventos no Município de Volta Redonda como “A Loucura Tá na Rua” e a “Comunidade Invade o Hospício”, dentre outros que convocam a

²Em relação a esta terminologia cabe realizar algumas considerações úteis para uma melhor leitura deste estudo. Alguns teóricos da Reforma Psiquiátrica como Paulo Amarante (1995) e Pedro Gabriel Delgado (1992) assinalam a dificuldade de operacionalizar tal conceito por ser uma expressão imprecisa devido a sua complexidade enquanto fenômeno social. Como bem observa Amarante (1995) “*O conceito de reforma psiquiátrica se apresenta como sendo política e conceitualmente problemático. (...) que a própria expressão reforma indica um paradoxo - pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base.*” Desta forma enfatizam ser mais correto interpretá-lo enquanto um processo onde são apresentadas propostas e instrumentos de transformação do modelo de assistência em saúde mental. Contudo, apesar da ressalva, observamos que o termo vem sendo freqüentemente manuseado tanto em títulos de publicações, teses, em documentos oficiais, assim como na denominação de instâncias colegiadas como a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, no desenvolvimento deste trabalho usamos a expressão Reforma Psiquiátrica Brasileira enquanto recurso gráfico para melhor refinamento estético do texto. Finalizando, mesmo com toda a imprecisão podemos interpretá-la “*como recurso de designação para o conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas, a partir do final da década de 70, interessando ao modelo assistencial psiquiátrico público, sua sustentação teórica e técnica, e as relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria, demais disciplinas de saúde e do campo social e as instituições sociais*” (Delgado, 1992: 42)

participação da comunidade, ao mesmo tempo em que apresentam outras possibilidades de tratamento e cuidado para com a loucura. Em tempo, é necessário lembrar que o dia 18 de maio tornou-se data comemorativa da Luta Antimanicomial contemplando atividades culturais de alcance nacional.

Em relação a este quadro, de acontecimentos e propostas de transformações e inovações na cultura psiquiátrica, há uma referência constante à necessidade de participação mais efetiva dos movimentos sociais em saúde mental, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), assim como também da participação ativa de atores sociais como as associações de usuários de serviços de saúde mental, de familiares, de usuários e familiares, de associações de técnicos e profissionais³. Tais técnicos e profissionais, em sua grande maioria, pertencem a órgãos do serviço público embora exista também a participação de profissionais oriundos do setor privado (como por exemplo da Casa das Palmeiras, Casa Verde, Clínica Dr. Eiras).

Há ainda a participação de Organizações Não-Governamentais (ONGs), como o Instituto Franco Basaglia, do Rio de Janeiro, da Associação Franco Rotelli, de Santos e da Associação Franco Basaglia, de São Paulo. A ação política dessas associações, em sua maioria, desponta no final da década de 80, através da participação em eventos relacionados ao campo da saúde mental (COSAM, 1994).

³ Visando dinamizar a leitura do presente estudo, usaremos a expressão associações de usuários e familiares de forma mais ampla, procurando assim, evitar o cansaço pela repetição ao longo do texto de todas as formas de associações. Neste sentido, temos associações de usuários; associações de familiares; associações de usuários e familiares; associações de usuários, familiares e técnicos; associações de usuários e técnicos; e associações de técnicos e familiares. Registra-se também a existência de algumas ONGs, que realizam trabalhos junto às associações.

Neste sentido, apesar da existência de uma ampla bibliografia que aborda os movimentos sociais no Brasil - havendo um variado número de trabalhos que tratam deste tema no campo da saúde, e também do surgimento de “novos atores sociais” - tais temas ainda não receberam a devida atenção através da realização de estudos sistemáticos, que apontem e descrevam suas características e peculiaridades na área de saúde mental. É neste sentido que este estudo pretende demarcar o seu ineditismo temático.

Associações de Usuários e Familiares: o objeto desnudado

A presente investigação procura analisar a formação e constituição de novos atores sociais no campo da saúde mental. Assim, além de apresentarmos um mapeamento das associações em atividade, procuramos registrar as suas trajetórias de constituição e perceber como se conformaram as suas vontades, interesses e divergências na condução do debate acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Com o intuito de melhor instrumentalizar esse estudo, nos detivemos, especificamente, sobre três associações - duas de familiares, no caso, a Associação dos Familiares dos Doentes Mentais (AFDM) e a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM); e uma de familiares e usuários, no caso a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA). Também elegemos como arena para acompanhar o debate entre as associações o Conselho Municipal de Saúde (COMS). As razões e os critérios para tal escolha serão melhor explicitados no

capítulo I, onde são relatados os procedimentos metodológicos e conceitos utilizados na dissertação.

Também há que se destacar a realização de alguns eventos importantes, na década de 80, que pontuam o desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Como exemplo, podemos citar a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ambos realizados em 1987. Entretanto, apesar de reconhecermos a importância de tais eventos, optamos por eleger como marco histórico inicial para a realização deste estudo o ano de 1991, pois, este foi o ano em que se realizou a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Sendo assim, o período abordado na dissertação compreendeu o ano de 1991 a 1997. No desenvolvimento da pesquisa, a demarcação de tal período, contudo, não foi rígida, visto que por ser um estudo inaugural, não se poderia deixar de coletar informações acerca do tema, mesmo que se referissem a momentos não contemplados pela periodização. Também com a periodização, buscamos através de uma reconstituição histórica das associações, estampar suas formações, seus estatutos, sua direção, atuação e modalidades de representação de interesses no processo de implementação no Rio de Janeiro, das propostas apresentadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Associações Civis: democratizando os espaços sociais

Há na literatura em Ciências Sociais no Brasil algumas interpretações sobre a realidade nacional que tratam, de forma crítica,

da existência de uma certa incapacidade organizativa e mobilizadora da sociedade brasileira. Nesta, os interesses privados presentes na sociedade não conseguem estabelecer e manter verdadeiras esferas públicas não-estatais (Neder, 1997). Porém, podemos perceber que o processo de redemocratização ocorrido no País nas duas últimas décadas, apresenta em sua trajetória diversos momentos de esforços coletivos de mobilização e de organização de alguns setores do corpo social. Mesmo reconhecendo que estes apresentam trajetórias e orientações distintas, e que alguns foram essencialmente pontuais, podemos citar como ilustração a ação dos grupos ecológicos, o movimento dos mutuários, o movimento dos sem-terras, e no campo da saúde, o movimento da Reforma Sanitária onde se insere, de forma específica, o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Carlos Pereira (1997) assinala que, segundo O'Donnell,

“a tarefa mais importante das novas democracias é a de criar canais e incentivos para que todas as forças políticas possam expressar seus interesses no marco das instituições representativas” (Pereira, 1997: 88).

Com relação à passagem acima, de uma forma geral, podemos interpretar que tais movimentos apresentam, como essência central, uma ação política na qual difundem a construção de identidades democráticas no marco de instituições representativas, com a “formatação” de formas coletivas de solidariedade e de ajuda mútua, que colocam no dia-a-dia normas e valores do comportamento

democrático, como por exemplo, a necessidade de universalização em algumas políticas sociais (Neder, 1997).

As propostas de transformação do modelo assistencial defendidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, têm no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) seu ator estratégico na formulação de políticas alternativas, da crítica ao modelo oficial e ao modelo asilar, para além das questões corporativas presentes em seu início, como no episódio da “Crise da DINSAM”⁴. A ação estratégica da Reforma Psiquiátrica procurava assinalar a necessidade de se realizar e efetivar um deslocamento do eixo de intervenção da psiquiatria, do seu objeto, e da atitude que era voltada basicamente para o tratamento da doença mental. Tal deslocamento dava lugar, pelo menos ideologicamente, a uma concepção de promoção da saúde mental.

É neste sentido que apontamos como sendo um sinal atual, e representativo dessa transformação, a atuação tanto de movimentos sociais organizados na área da saúde mental (como o Movimento de Luta Antimanicomial), assim como as associações civis, constituídas de usuários, e de familiares, etc., que acompanham e buscam influenciar na implementação e execução das políticas de saúde mental.

⁴ Atualmente denominada de Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM/MS). Para melhor aprofundamento do tema indicamos a leitura de Paulo Amarante (coord.), 1995. Loucos pela Vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.

Neste quadro, há de se destacar os Encontros de Usuários e Familiares, como marco da constituição de fóruns específicos, onde são debatidas, além das questões referentes ao mal-estar mental, as estratégias de difusão e ampliação das inovações institucionais surgidas e desenvolvidas no campo da saúde mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), etc., que vão influenciar o modelo de assistência de saúde mental no Brasil. Nestes fóruns se estabelece, ou melhor, constitui-se uma “identidade coletiva” norteada, principalmente, por uma ação política dirigida à conquista de uma maior visibilidade social.

De acordo com Venturini (1994), usuários e familiares são protagonistas do processo reivindicatório por novas formas de cuidado para com a “existência sofrimento” dos doentes mentais, não bastando, por si só, o desejo da cura ou do tratamento. Mais do que isso, é preciso escutar para além dos sintomas e da doença, isto é, realmente, protagonizar uma história de mudanças, de forjar um novo olhar sobre o adoecer mental e todas as suas implicações.

O protagonismo do cidadão, ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema.

Da mesma forma, há uma mutação no olhar e no saber sobre a própria figura do louco, de quem é ele, como se justificam os seus

atos, ou de como se lida socialmente com o mesmo. Toda a postura da sociedade para com o louco pode ser entendida, por um lado, como informada pela psiquiatria mas que, também, se informa por essa mesma postura.

Uma Breve Visão Histórica Acerca do Tema

Alguns trabalhos como o de Lougon (1995) assinalam que, nos EUA os movimentos de familiares surgiram como resposta ao desenvolvimento da política de desinstitucionalização realizada pelo governo Kennedy em 1963. De acordo com os pressupostos preventivistas é necessário ir a “busca de suspeitos”, expressão utilizada por Gerald Caplan (1980) em sua obra **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. O preventivismo norte-americano centrou sua atuação, basicamente, nos centros comunitários de saúde e na distribuição de questionários à população. Tal política estabeleceu

“a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e de que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (Amarante, 1995: 38).

Para alguns teóricos a política de desinstitucionalização - que na realidade foi mais um processo de desospitalização - realizada nos

EUA acabou entregando às famílias a responsabilidade pela maioria dos cuidados com seus doentes mentais.

Percebe-se na leitura dos parágrafos acima a presença de dois conceitos: desospitalização e desinstitucionalização. Por isso, neste momento, cabe assinalar que tais termos encontram-se no cerne de uma grande discussão teórica, qual seja: os participantes e simpatizantes do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, usualmente utilizam o termo desinstitucionalização com o sentido de desconstrução/desmontagem da prática e de saberes asilares. Em relação ao termo desospitalização, interpretam-no como sendo o simples fechamento de hospitais sem que ocorram transformações centrais no modelo de atenção à saúde mental. É neste ponto que ocorre uma das divergências entre defensores e opositores da Reforma. Para os opositores o que a Reforma Psiquiátrica realiza é uma desospitalização irresponsável da assistência através do fechamento de leitos psiquiátricos. Para os defensores o que se realiza é uma desinstitucionalização.

Já no Brasil o registro das primeiras associações de usuários e familiares no campo da saúde mental, é datado a partir das vindas de Franco Basaglia e da mobilização criada em torno de suas conferências. Em 1981, durante a I Jornada Mineira de Saúde Mental, realizada em homenagem a Franco Basaglia, é fundada uma associação de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos, de acordo com o registro realizado por Aduari Bastos na revista *Rádice*, nº 15. A matéria da revista trata na verdade sobre a visita de Basaglia à Barbacena, mas, também, apresenta esta informação como registro. Entretanto, apesar deste provável primeiro registro sobre a criação de uma associação de

usuários datar de 1981, já no ano de 1979 havia a criação, no Rio de Janeiro, de uma associação de familiares denominada Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA).

Segundo assinala Amarante (1995), os movimentos de familiares tendem a adotar, basicamente, a ideologia do determinismo biológico das doenças. Em contrapartida, os movimentos de usuários assumem posições mais radicais e estruturais, voltadas principalmente para o combate das práticas consideradas por eles como violentas e arcaicas da psiquiatria. Sendo assim, o que se percebe na ação política dos movimentos de usuários, é a crítica ao conceito de doença mental, e a adoção de teorias de origem não biológicas na explicação do adoecer mental. Como assinala Pilgrim (1991) em seu estudo sobre o movimento de usuários de serviços de saúde mental, na Grã-Bretanha, os usuários consideram intervenções como cirurgias, ECT e prescrição de drogas psicotrópicas como inaceitáveis, precisamente por acreditarem haver uma impropriedade da resposta com significados biológicos para problemas sociais, existenciais e pessoais.

Uma questão abordada em nossa investigação, se refere ao caráter “conflituoso” das posições tomadas pelas diversas associações, não só em relação ao acesso à cesta de serviços ofertada pelo Estado, mas, também, na busca pela *hegemonia* dos seus valores ideológicos e culturais perante a sociedade.

Não custa assinalar que a presente dissertação é conduzida por um esforço analítico, de não se resumir a um estudo meramente focal acerca das associações em saúde mental, mas objetiva incluí-los - pelo contraste - no interior do campo da saúde pública, contribuindo, assim,

para uma ampliação da interpretação do significado de tais atores no contexto das políticas sociais de saúde.

Hoje no campo da saúde mental, tem-se a compreensão de que se encontra em andamento um processo de transformação que repercute para além das questões relacionadas ao modelo de assistência. Neste processo, mesmo que de forma ainda tímida, há um reconhecimento e anúncio da contribuição da participação das associações de usuários e familiares no processo da Reforma Psiquiátrica em curso no País. Entretanto, como já mencionamos na primeira sessão, não encontramos estudos que sistematizem questões à respeito das associações e de suas estratégias na condução de suas ações políticas. É neste sentido, que a realização de um estudo específico sobre as associações - a SOSINTRA, a APACOJUM e a AFDM - objetiva:

- analisar a formação e a constituição de novos atores sociais no campo da saúde mental;
- registrar o surgimento histórico dessas associações;
- estudar as suas dinâmicas internas e como se comportam na relação junto a outros segmentos sociais;
- perceber como as associações representam seus interesses perante as instâncias implementadoras da Reforma Psiquiátrica no município do Rio de Janeiro;
- e perceber como atuam no processo de implementação das políticas de saúde mental no Rio de Janeiro.

Informamos que neste estudo apresentamos, no anexo III, de forma sumária e informativa, um mapeamento de todas - ou pelos menos o maior número possível de associações levantadas até este momento - as associações em atividade no Estado do Rio de Janeiro.

Para este intuito, além dos dados obtidos na realização do trabalho de campo, também foram coletadas informações acerca das associações junto ao acervo do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, assim como também, através das informações à respeito, contidas no Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro, editado pelo Instituto Franco Basaglia (IFB: 1997) do Rio de Janeiro.

O nosso intuito é o de realizar uma investigação sobre as associações de usuários e familiares no campo da saúde mental, enquanto grupo específico, buscando traçar sua constituição e trajetória, assim como, as suas características atuais, através da observação de suas estruturas organizacionais. Tratar-se-ia de informar como se organizam, quem se organiza, e qual a sua escala de organização. O registro de suas características possibilita visualizar como se define a agenda de atuação, e como é colocado na ordem do dia o debate sobre a condição do doente mental na sociedade dentro do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A realização desse estudo justifica-se pelo acompanhamento da atuação de grupos sociais específicos - no caso as associações - no desenvolvimento de uma política social, proposta em grande parte pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, procurando perceber as implicações de tais ações *vis à vis* à implementação desta. Isto porque, tem-se a compreensão de que toda a cesta de oferta de serviços na área da saúde mental está vinculada a formulação de políticas públicas, por conseguinte, às instituições públicas de saúde mental. Neste caso, o Estado tem na política pública seu território, sendo este estendido,

enquanto uma arena, aos grupos societários que irão acessar essa política, sejam como clientes individuais ou como grupos de interesse.

No **capítulo I** procuramos, primeiramente, apontar os procedimentos metodológicos adotados na dissertação. Assinalamos as estratégias de levantamento das informações acerca das associações. Tais procedimentos compreenderam a realização de entrevistas, participação e observação, levantamento de fontes sobre o assunto, leitura dos registros das organizações e de matérias impressas em jornais.

Neste capítulo também indicamos o porquê da escolha das associações de usuários e familiares, assim como, a escolha de cada associação. Além disto, apresentamos a arena na qual acompanhamos as ações políticas de cada associação e quais foram as dificuldades encontradas na execução deste estudo.

Adicionalmente, o capítulo discute conceitos utilizados na dissertação, especialmente com relação a discussão teórica acerca de categorias como associações civis, grupos de interesse, comunidade epistêmica.

No **capítulo II**, através da discussão sobre políticas públicas e o Estado contemporâneo apresentamos o debate acerca da crise do *Welfare State* e a discussão sobre o redesenho do Estado, focalizando as construções teóricas que colocam a necessidade de um reordenamento do Estado enquanto principal provedor de Bem-Estar social. Este debate sucinto objetiva designar os reflexos que a

reorientação das funções estatais trazem para políticas públicas como as aqui analisadas.

O **capítulo III** coloca em tela a discussão acerca dos princípios fundamentais das políticas públicas em saúde no Brasil. Para isso, focaliza o desenvolvimento do SUS, as novas tecnologias em Saúde Mental e a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Sintetizamos esta trajetória e o desenvolvimento da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

No **capítulo IV** expomos a análise sobre o material de campo e apresentamos algumas inferências.

Nas **considerações finais** apontamos algumas reflexões e expectativas em relação às associações e o desenvolvimento de sua ação política. Ao chegarmos ao fim deste estudo, reconhecemos que, devido a complexidade do tema, ainda ficaram caminhos a serem percorridos. Contudo, podemos tirar algumas conclusões. O ideário da Reforma Psiquiátrica está incorporado à agenda setorial e junto aos tomadores de decisão.

Por último são apresentados os anexos. O anexo I traz o roteiro utilizado nas entrevistas. O anexo II é a Resolução da Secretaria Estadual de Saúde, de nº 881, que se refere a indicação das associações SOSINTRA e AFDM para compor, como membros participantes, a Comissão Regional de Saúde Mental. E o anexo III é a relação de algumas associações existentes no Rio de Janeiro.

*“Uma das experiências mais importantes
a ser feita sobre o homem consiste em
colocá-lo em novas relações sociais.
Ora, toda nova ação que resulte
de semelhante experiência
só pode ser classificada
como boa ou má depois
das observações feitas
sobre seus resultados”.*

(Carta ao Bureau de Longitudes, Claude-Henri de Saint-Simon,1808)

CAPÍTULO I - *Procedimentos Metodológicos e Conceitos*

CAPÍTULO I - *Procedimentos Metodológicos e Conceitos*

A escolha das associações abordadas nesta dissertação não foi aleatória nem motivada por sentimentos de simpatia por uma ou outra. Após solidificar o interesse em estudá-las e de levantar informações gerais sobre as mesmas, o passo seguinte foi o de decidir quais entrariam no estudo. O desenho escolhido foi, primeiramente, levantar as associações que se encontravam atuantes no Rio de Janeiro.

A cidade do Rio de Janeiro tem o privilégio de ser o local em que apareceu a primeira associação desse tipo. Neste contexto, também percebe-se a presença de algumas associações civis da saúde mental, desde o início dos anos 90, com atuação nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Eram elas a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM) e a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), no Conselho Municipal de Saúde, e a Cabeça Firme, de Niterói, no Conselho Estadual de Saúde. A AFDM também participava do Conselho Estadual.

Hoje no Conselho Municipal de Saúde há a participação de representantes de três entidades do campo da saúde mental, como conselheiros. A AFDM tem a condição de titular e a APACOJUM e IFB a condição de suplentes. Este fato assinala que dentro do campo de representação de diversos segmentos ligados a patologias de saúde há uma preocupação em constituir e preservar o espaço da saúde mental.

A escolha da outra associação componente deste estudo, a SOSINTRA, deu-se por ser esta uma das primeiras associações de familiares no campo da saúde mental no Brasil.

Ademais, no ano de 1993 a Secretaria Estadual de Saúde instituiu as 12 Regiões do Sub-Sistema de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, através da Resolução nº 881 / SES, de 26 de outubro de 1993. O interesse por este dado está no fato de que as associações SOSINTRA e a AFDM foram indicadas, além de outras entidades, como membros participantes da Comissão Regional de Saúde Mental que englobava as comissões das 12 regionais.

Hoje as Comissões não se encontram mais em atividade mas, à época, tinham como incumbência a realização de vistorias em instituições psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro, visando uma melhor qualidade no atendimento destas instituições. (Comissão Temática de Saúde Mental/COMS, 1995). Este dado além de demonstrar a relevância social das associações, auxilia na afirmação de que o poder público atribui *status* de representação a estas associações na linha de abordagem desenvolvida por Claus Offe (1994) sobre a ação dos grupos de interesses em ambientes de Estado-Provedor. Este ponto será retomado mais adiante na sessão sobre grupos de interesse.

A estrutura básica do nosso trabalho foi instrumentalizada pelo seguinte desenho operacional: após elegermos as associações que seriam estudadas e os pontos os quais queríamos abordar no desenvolvimento da dissertação, estipulamos uma arena específica – o Conselho Municipal de Saúde (COMS) - onde fosse possível detectar e registrar as estratégias de ação política desenvolvidas pelas associações escolhidas em nosso estudo. O monitoramento da atuação das

associações nesta arena deu-se através da leitura sistemática e rigorosa, tanto dos documentos emitidos pelo conselho, como a leitura das atas das sessões realizadas nos anos de 1993 a 1997.

A leitura das atas possibilitou o mapeamento de pontos que foram levantados, abordados, sugeridos e discutidos pelos conselheiros representantes das associações. Acreditávamos, inicialmente, que o conteúdo das atas forneceria elementos discursivos que refletiriam as estratégias de ação política dos representantes das associações e o seu posicionamento frente aos pontos de pauta de cada reunião. Contudo este pressuposto não se confirmou, pelo fato de que o registro das atas é mais uma síntese, um resumo executivo da reunião.

Para os relatores das atas, mesmo realizando um bom trabalho de registro, ainda é muito difícil reproduzir fielmente, ponto por ponto, todo o debate realizado, principalmente nas sessões mais calorosas.

Também se constituiu como recurso investigativo, a participação efetiva nas reuniões gerais do Conselho Municipal de Saúde. A participação em tais reuniões, além de possibilitar o acompanhamento das propostas e intervenções das associações estudadas, acabou por esclarecer melhor a compreensão acerca da atuação dos representantes das associações. Havia uma dúvida inicial sobre tal participação dos representantes ser particularista, ou seja, as atuações seriam mais efetivas frente a temas concernentes e específicos ao campo da saúde mental. Com o acompanhamento das reuniões do Conselho tal suposição acabou se mostrando equivocada pois os representantes da APACOJUM e da AFDM mostraram domínio sobre as questões relacionadas à agenda política setorial como um todo.

A estratégia em participar nas reuniões também nos auxiliou na compreensão mais ampla de como e quais parcerias foram buscadas pelas associações junto aos demais representantes das entidades participantes do Conselho.

Cabe informar, que no plano inicial de trabalho do nosso estudo previa-se também o acompanhamento das associações nas sessões do Conselho Estadual de Saúde. Contudo este procedimento foi descartado devido o Conselho Estadual ainda estar se estruturando, havendo por conseguinte algumas dificuldades quanto ao acesso ao registro das atas das sessões que eram gravadas mas que não estavam transcritas. Sendo assim, optamos por analisar apenas a atuação das associações no Conselho Municipal de Saúde.

No nosso desenho, consideramos importante também elencar algumas instituições situadas no município do Rio de Janeiro, de renome no campo da saúde e da saúde mental, nas quais fosse possível a obtenção de informações adicionais acerca das associações estudadas, especialmente no que concerne aos seus *modus operandis*. Como exemplo destas instituições elegemos o Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), e o Instituto Franco Basaglia (IFB), que serão apresentadas na próxima seção.

Estabelecemos que outra forma de obtenção de informações e de dados a respeito das associações seria o uso de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram realizadas tanto com informantes das associações que conheciam diretamente a constituição histórico-institucional das associações, quanto com os que conheciam ou

participaram no processo de construção da agenda do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e das alterações trazidas por ela sobre a política de saúde mental. Todas as entrevistas realizadas pelo autor foram semi-estruturadas seguindo o roteiro apresentado no anexo I. A análise das entrevistas foi elaborada a partir de grades temáticas consistentes com o roteiro.

Os entrevistados para esta dissertação foram:

- **Entrevista I:** Sr. Vani José Nunes, membro da diretoria da APACOJUM; e Sr. Artur de Almeida Trilho, membro da diretoria da APACOJUM;
- **Entrevista II:** Sra. Blandina Azeredo Fialho, membro da diretoria da SOSINTRA; e Sra. Graça Fernandes, membro da SOSINTRA, vice presidente do Instituto Franco Basaglia.
- **Entrevista III:** Sr. Hugo Fagundes, gerente do Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro;
- **Entrevista IV:** Sr. Domingos Sávio Nascimento Alves, ex-coordenador da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.
- **Entrevista V:** Sra. Vanda Gomes Girão Macedo, membro da diretoria da AFDM;

Procedemos também à pesquisa exaustiva sobre os documentos produzidos pelas associações, pelas instituições e pelo COMS.

O trabalho de observação consistiu na participação direta em reuniões ordinárias das associações estudadas, além das sessões do COMS já referidas e na plenária de usuários realizada na IV

Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em novembro de 1997.

Os Instrumentos de Coleta de Dados

Como instrumental técnico as entrevistas fornecem, através de sua análise, boa parte do material necessário para a coleta de dados. Contudo, reconhecendo as controvérsias levantadas pela discussão teórica-metodológica sobre as armadilhas do emprego da técnica das entrevistas como fonte - no caso pela carga de subjetividade presente na fala do entrevistado - optamos também, como outra fonte de informações, pela leitura e análise dos documentos institucionais, e das publicações das associações ou sobre as mesmas.

Dentre as informações levantadas, buscamos, também, as que diziam respeito, especificamente, às condições legais de cada associação. Sendo assim, procurou-se levantar dados acerca de como foram fundadas, quais as suas composições, se têm diretoria, se têm estatuto ou não, se possuem sede, se organizam reuniões periódicas ou não, quais as suas metas, etc.

Tomamos como informantes privilegiados, as pessoas ligadas às associações em número suficiente para a identificação e registro do temário que orienta a ação das mesmas. A escolha de tais agentes levou em conta a inserção de cada um dentro das associações, as posições administrativas ocupadas no tempo de participação, e que apresentasse conhecimento sobre as motivações e as expectativas em relação à ação política da associação, etc.

O processo de investigação teve as seguintes fases:

a) fase exploratória com ida ao campo – através da participação em reuniões das associações; participação nas sessões do Conselho Municipal de Saúde – visando assim, iniciar contatos em alguns casos, ou por vezes retomar contatos anteriores. Nesta fase exploratória estudamos também documentos institucionais que apresentassem informações sobre as associações. Após a análise das informações obtidas elaboramos um roteiro de entrevistas.

b) coleta de dados primários, através do uso de entrevistas semi-estruturadas, sendo estas orientadas por um roteiro temático. As entrevistas foram realizadas com informantes privilegiados ligados as associações. A seleção dos informantes levou em conta a inserção de cada um dentro das associações, as posições ocupadas, tempo de participação. Com um caráter de complementação das informações, foram realizadas entrevistas com técnicos (*policy-making*) que atuam ou atuaram na formulação das políticas no campo da saúde mental na esfera local ou que tiveram alguma relação direta com a formulação de políticas públicas em saúde mental.

c) coleta de dados secundários, com a realização de pesquisa bibliográfica voltada para a literatura sobre as associações de usuários e familiares, assim como sobre grupos de interesse.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como Arena Pública

Consideramos que a realização do trabalho de campo, como uma opção metodológica, viabiliza, através de investigação empírica, a identificação dos diversos interesses das associações no processo de disputa política na arena de decisão. Neste sentido, a arena escolhida, já citada acima, para a realização do monitoramento da disputa política e dos encaminhamentos propostos pelas associações, foi o Conselho Municipal de Saúde (COMS).

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi criado em 23 de julho de 1991 através da Lei nº 1.746. Atualmente o COMS é composto, como titulares, por 12 (doze) membros representantes dos usuários, 06 (seis) membros representantes dos profissionais de saúde e 06 (seis) membros representantes dos prestadores de serviços de saúde. A composição do COMS completa-se com a presença dos suplentes nos mesmos números dos titulares.

Cabe assinalar, que a escolha do Conselho Municipal de Saúde (COMS) foi intencionada não foi aleatória. Temos a compreensão, primeiramente, de que o Conselho, enquanto organismo colegiado, viabiliza, de forma efetiva, a participação de setores da população na realização do chamado controle social acompanhando de forma direta as decisões de governo na formulação, implantação e execução das políticas públicas de saúde.

O COMS apresenta ainda como inovação, no cenário das políticas públicas em saúde, a incorporação e atuação de segmentos da sociedade que até então estavam fora do debate, da possibilidade de participar diretamente no processo decisório sobre a formulação e

implementação das políticas públicas de saúde. É neste ponto que inserimos o nosso segundo argumento acerca da escolha do COMS.

As associações civis da saúde mental representam um grupo de pessoas que também estavam fora dos níveis decisórios das políticas de saúde, sendo assim, as associações reconhecem o espaço do COMS como *locus* da disputa, da constituição de um conflito por meio das posições contrárias, e da defesa de seus interesses. Elegem o COMS como arena legal para o debate político, para a apresentação de suas reivindicações, para a defesa de suas propostas e como local de reconhecimento da legitimidade de sua ação política. Neste ponto, acredito estar este dado bem próximo ao que Calderón & Reyna (*Apud* Cunill Grau, 1996) observaram ao examinar as novas formas de articulação das relações entre Estado e sociedade civil em que

“(...) verifica-se o aparecimento de uma multiplicidade de novos atores socioculturais e de movimentos sociais, que, contrariamente aos do passado, com forte orientação político-estatal, visam, em muitos casos, à conquista de identidade cultural e de espaço próprio de expressão social, político ou não. São movimentos que buscam êxito não apenas na realização dos direitos de cidadania política e social ou participação nos mecanismos da tomada de decisão, mas que também se propõem criar um espaço de conflito institucional onde possam expressar e dar

vazão a suas demandas” (Calderón & Reyna
Apud Cunill Grau, 1996: 115).

As Instituições de Referência

Além do COMS consideramos também como importantes fontes de informações privilegiadas as seguintes instituições:

- a Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde;
- o Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) da ENSP/FIOCRUZ;
- o Instituto Franco Basaglia.

Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde

A inclusão neste estudo da Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde como instituição de referência para o levantamento de informações não poderia deixar de ser feita, pelo fato de ser esta a responsável pela formulação e implementação da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro, o que lhe confere papel relevante no presente estudo.

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) da ENSP/FIOCRUZ

O Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), da ENSP/FIOCRUZ, vem realizando um conjunto de investigações cuja temática é o processo da Reforma Sanitária brasileira. As atividades do NUPES centram-se na análise do curso histórico da institucionalização da política de saúde brasileira, procurando registrar seus movimentos e contradições, a partir da consolidação do projeto de reformulação do sistema nacional de saúde.

O NUPES conta em sua composição com o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental - Laps - que vem consolidando já há algum tempo uma linha de investigação no campo da saúde mental. A equipe do Laps tem sua atuação voltada para o acompanhamento do processo de transformação da saúde mental e da assistência psiquiátrica no Brasil. O Laboratório, dentro da sua capacidade, vem realizando o levantamento e a difusão das principais produções acadêmicas e político-institucionais, tais como documentos, livros, periódicos, vídeos, teses, dissertações, etc., relacionados ao campo da Saúde Mental. Sendo assim, o Laps acabou constituindo um acervo com mais de 2.400 documentos - teses, livros, periódicos, etc. - a respeito da saúde mental e Reforma Psiquiátrica, que abarca desde o período de 1970 até o presente momento.

Instituto Franco Basaglia (IFB)

Sobre a inclusão do Instituto Franco Basaglia (IFB), que não fizera parte das entidades listadas inicialmente para o desenvolvimento

deste estudo, considero como sendo extremamente relevante tecer algumas breves considerações. O trabalho desenvolvido por esta Ong é amplamente reconhecido no campo da saúde mental. Sendo assim, realizar um estudo sobre associações civis em saúde mental no município do Rio de Janeiro e deixar ausente qualquer referência sobre esta associação seria uma grave falta de visão de conjuntura.

Segundo documento de divulgação, em forma de folder⁵, o IFB foi fundado em 1989, no Rio de Janeiro, sendo uma entidade sem fins lucrativos voltada basicamente para a prestação de assessoria, elaboração de pesquisa, informação e divulgação na área de saúde mental. Realiza ainda a promoção de atividades culturais em defesa dos direitos dos usuários de serviços psiquiátricos e, a geração de novas formas de atendimento a pessoa portadora de transtorno mental.

Entre seus objetivos o IFB busca realizar a promoção de cultura, informação e pesquisa para uma sociedade sem manicômios, com o estímulo a experiências de ajuda mútua e cuidados alternativos em saúde mental.

Neste sentido, o IFB se articula com as propostas do Momento da Reforma Psiquiátrica e com o debate sobre a reestruturação da psiquiatria no Brasil, levado a efeito por movimentos sociais, instituições assistenciais, poder público, universidade etc.

Pode-se perceber em tais referências o alcance do trabalho do IFB, realizando em variados momentos diversas atividades de

⁵ Este tipo de material não possibilita colocar referências de data, página. Sendo assim, este parágrafo baseia-se no texto original.

assessoria como: assessoria parlamentar ao Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), de 1989, apresentado na Câmara de Deputados; assessoria à SOSINTRA - Associações de Familiares e Pacientes Psiquiátricos - pela reabilitação social e profissional, bem como ao Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. Foram prestadas assessorias também a Prefeitura Municipal de Volta Redonda, e às entidades do movimento de saúde na vistoria a clínicas psiquiátricas, e à comissão parlamentar estadual que formulou a legislação sobre Reforma Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro. O IFB prestou assessoria também à comissão organizadora da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a serviços alternativos de saúde mental no Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo.

Ainda sobre o IFB cabe destacar o convênio firmado entre esta instituição e a Secretaria Municipal de Saúde através da Gerência do Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro. Com esta parceria o IFB vem treinando/formando recursos humanos especializados em outra lógica de atuação no campo institucional (Fagundes, 1997: 50), para trabalhar nos novos dispositivos assistenciais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), propostos pela Secretaria Municipal de Saúde e que estão voltados para a atenção integral e diária dos pacientes psiquiátricos.

Apontamos um ponto de inovação institucional dentro da esfera das políticas públicas no campo da saúde mental. Partindo da compreensão de que em um contexto existe uma lógica de produção de bens coletivos viabilizada por parcerias realizadas entre poder público e entidades públicas não-estatais, a referida parceria acima apresenta uma característica bem interessante. O IFB acaba realizando uma ação

implementadora cuja racionalidade é inovadora ao facilitar o acesso a uma nova cultura assistencial de cuidados.

Bases Conceituais: comunidade epistêmica e grupos de interesse

Comunidade Epistêmica

No debate sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira há uma referência freqüente - já assinalada nas sessões anteriores - acerca da importância do surgimento de novos atores sociais dentro do processo de construção da Reforma Psiquiátrica (COSAM, 1994; IFB, 1997). Tais atores teriam um papel relevante ao representarem uma diversificação das condutas de “pressão” e de apresentação de agendas⁶ nas arenas decisórias e junto aos formuladores das políticas no campo da saúde mental.

Entretanto, uma preocupação inicial que se corporificou e que nos indicou a necessidade de ser desenvolvida neste trabalho, pode ser formulada nos seguintes termos: a agenda proposta pelos novos atores sociais surgidos no campo da saúde mental seria resultado de demandas sociais ou da atuação e difusão de crenças de uma “comunidade epistêmica”?

Ao utilizarmos o conceito de “comunidade epistêmica”⁷ em nosso estudo, reconhecemos que a sua operacionalização, proposta por Costa

⁶ Aproprio aqui a definição do termo agenda sugerida por Costa (1996:13) como: “sentido estrito da capacidade de definir temas substantivos a serem apreciados e de configurar a resultante final de políticas de governo”.

⁷ Nilson do Rosário Costa e Marcus de Mello em seu trabalho *A Difusão das Reformas Neoliberais* (1995),

& Mello (1995), está articulada à compreensão acerca dos processos de formação de agenda e difusão de conhecimento na escala internacional difundidos, principalmente, pelas agências de fomento internacionais (FMI, Banco Mundial, etc.). Entretanto, utilizamos, de acordo com os autores, a “comunidade epistêmica” como representante da objetividade científica, sendo que tal comunidade

“tem como principal fonte de poder a autoridade cognitiva do conhecimento técnico-científico aplicado à implementação de políticas” (Costa & Mello, 1995: 162).

Neste contexto, a autoridade cognitiva do conhecimento, como uma característica da comunidade epistêmica, nos leva à percepção de uma similitude frente ao discurso de alguns atores participantes do processo da Reforma Psiquiátrica - tanto os que apresentam uma postura de adesão, quanto os de posição contrária à Reforma - de que tal processo é conduzido por uma “elite intelectual”, que constrói toda a sua lógica discursiva e prática.

Outro ponto de aproximação na operacionalização do conceito de “comunidade epistêmica” refere-se ao aspecto da *produção de consenso* realizada pelos especialistas. Destarte, podemos sugerir que mesmo existindo impactos nas concepções dos atores participantes do campo da saúde mental - tanto no sentido pró quanto no contra - as propostas apresentadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica acabam difundindo a noção de que a agenda de inovações é consensual.

apresentam uma definição de comunidade epistêmica sugerida por Peter Haas, que considera como sendo um “network de profissionais com proficiência e competência reconhecida numa área particular e que se afirmam

Este consenso entre os especialistas não evita os obstáculos levantados por grupos sociais específicos que acabam atuando como verdadeiros *veto points*⁸ como seria o caso da AFDM.

Sendo assim, tornou-se imperativo no desenvolvimento de nosso estudo distinguir o que seriam demandas societais, propostas por usuários e familiares, das demandas de comunidades de especialistas, técnicos, que dão uma certa direção na agenda de inovação da ação do movimento da Reforma. Tal preocupação antena-se ao debate colocado por Lougon, ao assinalar que o movimento de transformação do modelo assistencial brasileiro,

“(...) nasce dentro das categorias profissionais ocupadas em prestar serviços, sobretudo médicos, sem a presença dos usuários e seus familiares” (Lougon, 1995: 517).

A respeito desta sinalização - de que a agenda colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica seria conduzida por uma comunidade epistêmica, e que traria em seu conteúdo tanto elementos de demandas societais, apresentadas basicamente por componentes não-técnicos, como usuários e familiares, assim como demandas técnicas - cabe informar, que a estratégia utilizada tanto na abordagem e sondagem do campo, assim como nas entrevistas foi a não-indução. A estratégia utilizada visando a validação ou não deste pressuposto foi basicamente conduzida pela compreensão de que este dado deveria

ao postular em conhecimento relevante para certas áreas específicas de políticas”.

⁸A autora matricial deste conceito é Ellen Immergut (1992). Immergut desenvolveu este conceito ao analisar comparativamente reformas na política de saúde em alguns países europeus concluindo que a capacidade da corporação médica de vetar tais reformas é explicada pela ação de formas institucionais e não pelo poder médico. *Veto points* seriam pontos efetivos de decisão política em uma dada arena institucional, em que as instituições, enquanto regras do jogo, acabam afetando a capacidade de influência dos atores em diferentes

aparecer de forma espontânea, livre. Sendo assim, no roteiro das entrevistas e nos contatos com as associações não se utilizou nenhuma forma de estímulo ou indução acerca do papel da comunidade epistêmica na constituição da agenda da Reforma. Contudo, nas três entrevistas realizadas com membros das associações tem-se no conteúdo das mesmas o relato da efetiva presença dos técnicos, dos especialistas, tanto no desenvolvimento histórico das associações, quanto a sua adesão ou não à agenda colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal atitude foi adotada não sem atentar para os riscos que se incorria, pois sua intenção poderia não se realizar.

Sendo assim, procurou-se perceber no material das entrevistas como era interpretada a autoridade cognitiva do conhecimento, no caso os técnicos, ao difundirem crenças acerca da complexidade do binômio saúde mental/doença mental e as formas do seu lidar.

Na análise do material empírico a questão da comunidade epistêmica aparece sob formas variadas. Desde o estímulo à formação de uma associação, como também de base referencial para os argumentos contrários à Reforma Psiquiátrica, e até na compreensão da formatação de uma agenda híbrida (contaminada). Tendo quase sempre o Movimento da Reforma Psiquiátrica como referência, tal diversidade aparece nas seguintes formas:

“Eu acho que à Reforma Psiquiátrica tá faltando humanidade, ciência e muito menos ideologia. Inclusive veja bem, hoje em dia todo

mundo acha que tem que dar palpite na área, as vezes até quem nem é da área de saúde mental, (...) hoje em dia virou moda falar da saúde mental” (Entrevista V).

“Então os técnicos(...) eles sentiram que os parentes estavam um pouco afastados de seus pacientes, então começaram a chamar as pessoas para fazer cadastro (...) que tivesse todos os informes que eles precisassem (...) começaram a fazer reunião conosco, nos dias de semana, (...) cada núcleo tinha que dizer qual a situação dos pacientes (...) Eles os técnicos é que viram essa necessidade de fazer uma associação para que nós pudéssemos estar todo mundo junto, aglutinar o maior número de pessoas, só que eles viram a coisa de outro modo, eles queriam fazer uma associação que englobassem eles também, e nós seríamos, talvez, até fossemos ou não manipulados por eles.” (Entrevista I).

“(...)E aqui no Brasil começou em meados da década de 70 foi um movimento⁹ que eu chamo de verticalizado, de cima para baixo, porque primeiro começaram os profissionais engajados, não são os profissionais ortodoxos, convencionais e reacionários, que até hoje são

contra a Reforma e contra o que a Reforma se propõe (...)” (**Entrevista II**).

“(...) Em 87 também houve o Congresso em Bauru onde se reuniram profissionais da área de saúde mental, que criaram o lema ‘Por uma Sociedade Sem Manicômios’. Desde então os usuários entraram em cena - somente, eu me tornei uma ativista em 83 através da SOSINTRA (...) - mas os usuários em massa só entraram em 91 e 92 com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (...)” (**Entrevista II**).

“A agenda é contaminada, não tem como, não tem agenda limpa não. A agenda é contaminada de um lado e de outro. Acho que se não fosse a liderança de alguns técnicos de levantar a questão da discriminação, do isolamento, da loucura, dificilmente alguém, o usuário estaria atento lembrando que ele ali na frente tem um que tá falando aquilo que ele queria de falar. Então acho que essa contaminação é uma contaminação de agenda perfeitamente compreensível e natural” (**Entrevista IV**).

Nota-se que a idéia de comunidade epistêmica aparece nos trechos citados acima de forma variada, mas vigorosa e efetiva. A

⁹Trata-se aqui do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nota do autor.

densa presença deste conceito é garantida por sua mobilidade operacional na confecção de uma agenda supostamente consensual.

Os aspectos da tonalidade de variação de tal conceito podem ser percebidos quando a fala empregada assinala que “falta ciência na reforma”. Esta crítica se orienta pela compreensão de que o processo da reforma não é conduzido por critérios científicos mas ideológicos e partidários, que “se tem política na saúde e não política de saúde”. Ressalta que há no processo da Reforma a presença de outros saberes menos especializados. Esta linha interpretativa tem como convicção a compreensão de que para falar sobre saúde mental tem que ser um saber especializado, científico, a própria ciência psiquiátrica.

A competência técnica comparece também nas entrevistas em momentos precisos, como no estímulo à criação de uma associação de familiares por parte dos profissionais, apontando a necessidade de se viabilizar, de forma direta, a integração entre os familiares e os seus pacientes e os técnicos.

Através de uma leitura atenta é possível perceber, também, a demanda de produção de uma agenda de consenso por parte da comunidade epistêmica.

Neste sentido, instaura-se uma necessidade, qual seja, a de sistematizar o processo de constituição das associações de usuários e familiares, possibilitando compreender suas singularidades enquanto grupos articulados de representação de interesses.

Grupos de Interesse

Recorrendo às observações realizadas por Jacques Delcourt em sua análise sobre a crise do Estado Social, ele argumenta que

“é necessário analisar o jogo das forças e grupos de pressão que se ativam sobre os planos econômico, político e social em torno das atuações (entradas) do Estado social. Seu crescimento aparece portanto como fruto dos interesses, transações e negociações das pessoas e das instituições de auxílio, de suas fornecedoras, mas também das administrações e dos poderes políticos que dizem respeito ao funcionamento dos setores sociais” (Delcourt, 1992).

Tal afirmação sinaliza a relação dinâmica que se estabelece entre as demandas sociais e o campo das políticas, ressaltando portanto a necessidade de se realizar um monitoramento das atuações de grupos de interesse no processo de formulação e implantação de políticas sociais, e como se sedimentalizam, ou não, os diversos interesses presentes na consolidação de um dado conjunto de propostas consideradas inovadoras. Como bem assinala Marcus André de Mello (1991) em seu estudo sobre o processo de formação de políticas sociais no campo da habitação,

“Para analisar a formação de políticas, é necessário que se identifiquem as opções

estratégicas dos atores individuais e coletivos e a configuração estrutural da arena política em que operam” (Mello, 1991: 65).

Inspirado na citação anterior, coube-nos indagar como as associações de usuários e familiares em saúde mental buscam acessar a política e fazer valer seus interesses de forma organizada. Seria, basicamente, através da metabolização das suas diversas reivindicações apresentadas na sua interlocução com as instâncias criadas pelo Estado, tais como os Conselhos de Saúde (Estadual, Municipal e Distrital), Comissão Bipartite, Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica.

A atuação dos representantes das associações em fóruns específicos ou em instâncias colegiadas se dá na forma de transmissoras de demandas de seus membros ao Estado. As associações funcionam como *inputs*, para usar um termo sugerido por Claus Offe (1994). Neste sentido, as associações são produtoras de estímulos, tanto a partir da elaboração de demandas societais quanto de especialistas. Por conseguinte, acabam constituindo uma agenda, essencialmente reformadora, dentro de um processo de transformação de uma política pública, como no caso a de saúde mental, proposto e levado à frente pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Joel Birman (1992) ao analisar as diversas questões colocadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, fornece-nos uma luz na direção de se compreender as reivindicações e as estratégias desenvolvidas pelas associações. Birman assinala que

*“(...) a idéia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica, mas coloca algo de uma outra ordem teórica da realidade, assumindo então feições políticas diferentes e indicando outros campos possíveis de intervenção no espaço social. Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro **lugar social** para a loucura na nossa tradição cultural” (Birman, 1992: 72).¹⁰*

Neste contexto, a observação realizada por Birman, apesar de apresentar dois níveis de entendimento: o da assistência (real) e o do lugar social para a loucura (abstrato), contribui para identificarmos qual a estratégia e a amplitude da ação política das associações. Como se posicionam frente às políticas oficiais: pontualmente, por reivindicações de serviços, de equipamentos, da reestruturação do modelo de assistência (real) ou de forma mais ampliada, procurando questionar o lugar social da loucura (abstrato). Para compreender este movimento múltiplo, fez-se mister perceber qual o entendimento que as associações, através de seus participantes, tem acerca do que seja doença mental, saúde mental, loucura, psiquiatria, reforma psiquiátrica, etc.

¹⁰ Grifo do autor

Entendemos que um estudo que tem o campo das políticas públicas como referência, não pode deixar de englobar uma discussão sistematizada acerca do papel ocupado pelos grupos de interesse. Explorando a noção de grupos de interesse como categoria de análise, buscamos situar a posição ocupada pelas associações de usuários e familiares no processo da Reforma Psiquiátrica.

Sobre este conceito nos utilizamos das considerações realizadas por Claus Offe (1994) a respeito da noção de grupos de interesse, que se enquadrariam sob três perspectivas teóricas. Segundo Offe, a análise sobre grupos de interesse poderia se

“iniciar com o agente social individual e explorar suas intenções, valores e expectativas ao se associar à organização e suas chances reais de influenciar as políticas dessa organização e de tirar proveito de seus recursos e suas conquistas. Ou começamos com a própria organização, a produção de seus recursos, seu crescimento, sua burocratização e diferenciação internas e suas relações com outras organizações. Finalmente, podemos focalizar nossa atenção no sistema social geral, e começar perguntando que papel ele atribui às organizações de interesse, que impedimentos legais ou outros ele impõe na busca de determinados interesses e que ligações ele estabelece entre as organizações

de interesse particulares e os outros elementos da estrutura social” (Offe, 1994: 223-224).

Desta abordagem enfatizamos a segunda perspectiva que considera as organizações de interesse a partir da sua dinâmica interna, como sinalizadora do percurso a ser seguido na realização da nossa pesquisa.

Ainda de acordo com Claus Offe (1994) é através da combinação das três dimensões acerca das formas das representação de interesses que poderemos chegar a uma explicação sobre a sua operação. Ao analisar as dimensões da organização de interesses Claus Offe aponta a convergência entre três elementos básicos.

O primeiro seria o nível da vontade, da identidade coletiva e dos valores dos membros participantes do grupo. O segundo nível é o da “estrutura de oportunidade” sócio-econômica de onde emerge e atua o grupo de interesse. O terceiro nível está associado às formas e práticas institucionais que o sistema político coloca à disposição do grupo de interesse. Isto, acaba conferindo um *status* político-institucional à base de operação do grupo. Para Claus Offe a forma e o conteúdo da representação de interesse organizada é resultado do interesse mais a oportunidade mais o status institucional.

A caracterização apresentada por Claus Offe nos auxilia, no primeiro momento, na compreensão e distinção acerca dos impulsos individuais no que se refere ao desejo associativo dos indivíduos. Ou seja, o que faz com que o indivíduo se associe, a realizar pactos, de estabelecer interações entre outros indivíduos, como ele reconhece a

legitimidade do grupo a que está se inserindo na representação de seus interesses.

Num segundo momento, a caracterização de Offe nos indica como a atribuição de *status* público – tanto em sua forma positiva ou negativa - a determinados grupos, por parte do sistema político, pode facilitar o acesso ao Estado e a conquista de benefícios diferenciados, ou quando não, ao reconhecimento do grupo como interlocutor em detrimento de outras representações.

Em relação aos elementos básicos apontados por Claus Offe, mencionados acima, em sua análise acerca das dimensões da organização de interesses, a análise do material empírico assim como as anotações da observação participante, realizada nas reuniões das associações, apontaram para os seguintes aspectos. Sobre o primeiro nível que seria o da vontade, da identidade coletiva e dos valores dos membros participantes do grupo o que se percebeu foi que a adesão às associações se dá basicamente através da constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Os membros participantes, em sua grande maioria, vão ao encontro das associações, porque vêm nelas o local onde vão encontrar outras pessoas com problemas iguais aos seus, como bem podemos perceber no trecho abaixo:

“Então estas pessoas tinham algo comum que era algum parente, filho, irmão, ou pai com algum tipo de problema de doença mental e por isso mesmo se juntando, e como diz o ditado popular a união faz a força, e essas pessoas se

juntaram para em conjunto atingirem objetivos comuns” (Entrevista II).

O material empírico analisado tem-se mostrado multifacetado, pois nas associações, mesmo apresentando em sua ação política o desenvolvimento de um perfil cuja característica estrutural seria a constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua, esta mesma ação é conduzida por uma contundente força de pressão:

“Um dos propósitos da SOSINTRA foi participar de fóruns e debates em saúde mental procurando traçar através de poder de pressão diretrizes na política e na realização das práticas de saúde mental. Vou ser mais específica: nós atuamos em 1991 - já bem mais tempo depois da fundação da SOSINTRA - na formulação do Projeto de Lei do Estado do Rio de Janeiro que ainda não saiu do papel, que agora está se vendo uma nova forma de se elaborar” (Entrevista II).

Outro trecho que de forma direta exemplifica bem este aspecto de ação política através de estratégias de intervenção “Nós somos rolo compressor” (Entrevista V).

Considero tal afirmação bastante emblemática acerca da interpretação dada neste estudo a respeito das associações. Mostra uma conduta plenamente ativa frente ao embate que se propõe, ser opositora de um processo o qual julga ser equivocado em suas intenções.

Ainda sobre o primeiro nível, o que também se percebe em relação às pessoas interessadas em participar nas associações ou apenas nas suas reuniões é que naquele local onde há outras pessoas com os mesmos problemas, elas não se sentem estigmatizadas. As pessoas apontam como um dos problemas o estigma, a discriminação que a sociedade realiza tanto em relação à pessoa portadora de mal-estar psíquico quanto ao seu familiar.

Quanto ao segundo nível, o da “estrutura de oportunidade” sócio-econômica onde emerge e atua o grupo de interesse, o que se observou basicamente através do trabalho de campo foi que a questão sócio-econômica acaba se diluindo pois as associações apresentam uma atuação que amplia a estrutura de oportunidade não se prendendo especificamente à origem.

Por último, em relação ao terceiro nível, o das formas e práticas institucionais que o sistema político coloca à disposição do grupo de interesse, conferindo *status* político-institucional a sua base de operação cabe dizer que na trajetória das associações encontramos momentos de atribuição de *status* público. Corrobora este ponto, o fato de que no ano de 1993 a Secretaria Estadual de Saúde instituiu as Regiões do Sub-Sistema de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, através da Resolução nº 881 / SES, de 26 de outubro de 1993. Em tal resolução as associações SOSINTRA e a AFDM foram indicadas, além de outras entidades, como membros participantes das comissões regionais de supervisão técnica, denominadas Comissão Regional de Saúde Mental, sendo que em cada Região a operacionalização das

ações do Sub-Sistema de Saúde Mental seria executada pela respectiva Comissão Regional.

A Resolução SES nº 881 (**anexo II**) distribuía os Municípios do Estado do Rio de Janeiro em 12 Regiões do Sub-Sistema de Saúde Mental, havendo em cada região uma Comissão. Tal medida levou em consideração que era necessário:

“Operacionalizar a descentralização dos sistemas de avaliação, controle e fiscalização das ações do Sub-Sistema de Saúde Mental, no âmbito estadual;(...)”

“ (...) Promover a participação da comunidade, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço na elaboração, planejamento, controle e fiscalização das ações do Sub-Sistema de Saúde Mental (...);”

“(...) Que o sistema privado é complementar ao setor público, devendo por este ser controlado”
(Resolução nº 881 / SES, 1993).

Hoje as Comissões não se encontram mais em atividade mas, à época, tinham como incumbência a realização de vistorias em instituições psiquiátricas em todo Estado do Rio de Janeiro, visando contribuir para uma melhor qualidade no atendimento destas instituições. (Comissão Temática de Saúde Mental/COMS, 1995). Este dado além de demonstrar a relevância social das associações, auxilia

na afirmação de que o poder público atribui *status* de representação a estas associações na linha de abordagem desenvolvida por Claus Offe (1994) sobre a ação dos grupos de interesse em ambientes de Estado-Providor.

Outro momento em que podemos observar a atribuição de *status* a um grupo social pelo poder público deu-se no envio de um fax ao Conselho Municipal de Saúde. O texto do fax era um convite para a inauguração do Hospital-Dia Professor J. Leme Lopes, situado na Avenida Venezuela, no centro. O fax tinha a seguinte apresentação:

“Governo do Estado do Rio de Janeiro
O Governador do Estado do Rio de Janeiro

Marcelo Alencar

o

Secretário de Estado de Saúde

Ivanir de Mello

o

Diretor do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro

José Hélio Ribeiro de Mello

e a

Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais

AFDM

Convidam para a inauguração do Hospital-Dia Prof. J. Leme Lopes às
10 horas na Avenida Venezuela, 134 – Centro”.

Cabe assinalar que neste período a associação AFDM estava com a sua sede instalada provisoriamente em uma sala do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (ex-PAM Venezuela).

Finalizando esta sessão, apesar das poucas “pistas” reafirmamos a viabilidade e a necessidade de realização de uma investigação com o estilo de *design* apresentado até agora. Aproveitando as considerações feitas por Castro (1991), que chama atenção em seu trabalho sobre a relação entre interesses e políticas sociais, para o fato de que

“Ao lado das práticas clientelísticas e corporativas tradicionais, novas formas de intermediação de interesses, ora mais pluralistas, ora mais corporativistas, têm manifestado uma diversidade de tendências, que revelam tensões entre os fatores de inovação e os elementos de continuidade no processo de formação de políticas na atual etapa de construção da democracia” (Castro, 1991: 41).

A citação acima se torna emblemática, na medida em que possibilita realizar um paralelo com o nosso objeto de estudo, o qual é remetido a um campo de forças, onde se tem instaurado um conflito entre “velhos” e “novos” modelos assistenciais, entre “velhos” e “novos” saberes, levando a posições paradoxais onde continuidades e inovações (rupturas?) não deixam de ser partes de um mesmo processo: a promoção da saúde mental. Aqui podemos ousar referir a dicotomia entre teoria e prática, exaustivamente evocada pelos opositores da Reforma Psiquiátrica, que interpretam-na enquanto um movimento de teóricos, aqueles que falam de um lugar “abstrato”, de algo que está

para além da realidade concreta do sofrimento psíquico, como bem é assinalado nas passagens abaixo:

“Tem mil e uma formas da gente fazer uma Reforma Psiquiátrica, inclusive construindo sim essas complementariedades, do que essa Reforma que tá, que tá sendo apresentada para a família goela abaixo, e a gente é obrigada que vive na pele, como eu já numa noite de natal meu irmão entrou em crise e a gente teve de interná-lo no IPUB, entendeu, enquanto aquele executivo que fica lá, só, burocrata, porque é filiado a um partido, que não vivencia, tava lá, com todo o direito, na ceia dele, enfim não tô contra, aí depois vai querer enfiar goela abaixo à gente que vivencia na pele. Nós temos a dor e sofrimento na pele (...)” (Entrevista V)

Ainda na mesma linha argumentativa:

“A gente tem a dor e sofrimento, vocês tem o que, o discurso? A demagogia de falar bonito que precisamos dar o direito de cidadania, esse discurso que você conhece lindo com o qual eu concordo mas que na prática é diferente são os mesmos profissionais que usam os nossos doentes (...)” (Idem).

“Mais urgente não me parece tanto defender uma cultura cuja existência nunca salvou uma pessoa de ter fome e da preocupação de viver melhor, quanto extrair, daquilo que se chama cultura, idéias cuja força viva é idêntica à da fome”.

(O Teatro e Seu Duplo. Antonin Artaud, 1938)

**CAPÍTULO II - Estado Contemporâneo, Políticas Públicas e
Welfare: cidadania deteriorada ou governance saneada?**

CAPÍTULO II - Estado Contemporâneo, Políticas Públicas e Welfare: cidadania deteriorada ou governance saneada?

O Welfare em Discussão: crise e reformas

Apesar de um título com campo de abordagem tão amplo e pomposo, o que se pretende com este capítulo é apresentar, de forma simples, alguns pontos referentes ao debate em torno da crise do Estado contemporâneo, principalmente no que se refere às críticas realizadas ao modelo de Estado de Bem Estar-Social.

Apesar da diversidade de interpretações teóricas a respeito da Reforma do Estado pode-se apontar que o seu ponto central, deixando um pouco de lado os seus aspectos e implicações econômicas, está no fato de que além dos ajustes necessários no papel do Estado, a superação da crise passa pela construção de um novo perfil da agenda das políticas públicas. Perfil este que vem se constituindo dentro de um processo, que tem como ponto central o debate vigoroso sobre a necessidade de serem estabelecidos novos arranjos de adequação, ou de construção, de novas fronteiras nas relações entre Estado – Sociedade.

Não é sem motivo que um dos grandes temas do pensamento social atual mais intensamente discutido, sem dúvida nenhuma, é o debate em torno da necessidade/emergência de um novo desenho para o Estado moderno. Tal debate, inicia-se a partir da crise econômica internacional na década de 70, quando começa a ser colocada a crítica ao Estado de Bem-Estar Social. Este entra em crise após um período de

prosperidade econômica pós Segunda Guerra viabilizado por uma boa interação entre políticas de *welfare* que, basicamente, apaziguaria os conflitos sociais, permitindo a expansão de políticas sociais, e entre modelos econômicos de orientação keynesiana que regularia e estimularia o crescimento econômico (Draibe & Henrique, 1988).

Entretanto, o baixo crescimento econômico associado à aceleração inflacionária e desequilíbrios orçamentários geraram um conflito entre política econômica e política social. Isto possibilitou a descrença na possibilidade de se realizar o crescimento econômico com equidade e justiça social, principalmente através de transferência de renda e de gastos de governos. Há também o descrédito na capacidade gerencial das agências estatais.

O debate sobre a Reforma do Estado, em seu início, é fundamentalmente conduzido pela crença de eliminar qualquer capacidade de intervenção estatal sobre o mercado. Constitui-se a imagem de um mercado com dom messiânico, no sentido convicto, de que só a ação livre do mercado é capaz de atenuar e corrigir as desigualdades sociais. Segundo os neoliberais de plantão é premente reestruturar e reordenar as atividades e funções desenvolvidas pelo Estado. Isto pois, consideram que a crise vivida pelo Estado tanto nas sociedades ditas de capitalismo avançado, quanto nas sociedades de capitalismo periférico é decorrente, dentre outros motivos, das chamadas políticas de *Welfare State*.

Como bem enfatiza Adam Przeworski (1993) ao analisar a crise econômica mundial, no seu entender a mais grave, nações de todo o

mundo são exortadas a mergulharem em reformas, das quais se teria apenas uma certeza: as reformas irão piorar a situação das pessoas.

A crítica as políticas de *welfare* é conduzida sob diversas perspectivas teóricas, que em sua maioria vislumbram o esgotamento do seu modelo de administração burocrática e as formas de intervenção estatal nos planos econômico e social. As críticas em geral tem como linhas interpretativas o fracasso do Estado de Bem-Estar no desempenho de suas funções, de ofertar e administrar bens e serviços públicos eficazes e essenciais à população. Visando interferir neste quadro, as diversas perspectivas apresentam respostas diferenciadas acerca dos modelos de reformas a serem aplicados. Como bem assinala Carlos Pereira:

“Embora as diferentes abordagens teóricas compartilhem da necessidade de reformar o Estado, são distintas as compreensões e os sentidos imputados à essa reforma, logo, diferentes agendas e programas de reforma têm sido propostos e adotados. (Pereira, 1997:81).

No espectro das teorias interpretativas acerca da Reforma do Estado, encontramos interpretações que sustentam que a emergência e desenvolvimento do *Welfare* está associada à ordem econômica, pois haveria:

“impactos do processo de industrialização sobre as formas de intervenção e atuação do Estado” (Arretche, 1995:05).

Como apontam Draibe & Henrique (1988) com a crise do *Welfare State*, começa a ganhar força o argumento conservador, que sustenta a idéia de que o *Welfare State* é uma estrutura perniciososa, sendo uma concepção perversa e falida do Estado. Tal argumento gira em torno de três questões:

a) a expansão dos gastos sociais do Estado se realiza em condições de desequilíbrio orçamentário, provocando *déficits* públicos, que por sua vez irá penalizar a atividade produtiva, provocando inflação (através da emissão de moeda ou pelo aumento dos tributos) e desemprego. De acordo com o pensamento conservador, o financiamento dos programas sociais requer a elevação dos tributos e contribuições sociais, acarretando redução tanto da poupança quanto dos investimentos. Tem-se ainda que a ampliação dos programas sociais representa um aumento dos empregos públicos, que não são produtivos.

b) A segunda questão é a noção de que os programas sociais estimulariam a “preguiça”, pois ao eliminarem os riscos de todo o tipo ferem a ética do trabalho e comprometem o mecanismo de mercado. Tais programas provocam desestímulos ao trabalho, diminuindo, assim, os graus de competitividade da mão-de-obra.

c) A amplitude dos programas sociais, no plano político, revela graus insuportáveis de regulação e intervenção do Estado na vida social, introduzindo elevados índices de autoritarismo nas sociedades democráticas, tendendo para um totalitarismo.

Para alguns pensadores, o *Welfare* seria o responsável pela constituição de uma cidadania dependente do Estado, a causa da

dissolução da família, a quebra da ética do trabalho, e a redução da riqueza e Bem-Estar das camadas de rendas alta e média, etc. Neste sentido, os programas sociais acabariam ampliando os problemas que deveriam solucionar. Tal proposição nos remete ao trabalho de Albert Hirschman - **A Retórica da Intransigência** - onde um dos pontos abordados é sobre a tese da perversidade, que tem como elemento central a idéia de que

“qualquer ação proposital para melhorar um aspecto da ordem econômica, social ou política só serve para exacerbar a situação que deseja remediar” (Hirschman, 1992: 15).

Ou seja, da ação empregada se tem um efeito inverso ao desejado, em que ocorrem conseqüências indesejáveis ou efeitos não-intencionais. A característica básica da tese da perversidade é de que o homem está fadado ao ridículo, pois, ao se dedicar a melhoria radical do mundo o homem se desencaminha. Como exemplo de descaminho, tem-se que a disponibilidade de políticas sociais mina de forma mais geral a moral, gerando um *Welfare Culture* caracterizado pela preguiça, a depravação e a pobreza. A solução sugerida pelos conservadores é a redução dos programas e benefícios, porque o *Welfare State* impede os mecanismos do mercado de resolverem os problemas da economia.

Para Pierre Rosanvallon (1997) as saídas da crise não podem ser pensadas nas alternativas entre estatização *versus* privatização. É necessário repensar as relações entre Estado/Sociedade. As lógicas características da estatização e da privatização devem ser substituídas

por uma tríplice dinâmica articulada da socialização, da descentralização e da autonomização. Para Rosanvallon, as transformações em curso assim como as projeções possíveis indicam a falência do modelo keynesiano de compromisso, que regula as relações entre a economia e o social. É a crise e esgotamento de um modo de regulação social, sendo parcialmente substituído por uma regulação intra-social fundada nas relações indivíduo/sociedade ou pela forma autogestionária, que é fundada nas relações Estado/sociedade civil.

O pensamento conservador considera que a escolha individual é a orientação ao mercado das práticas das organizações sociais e que qualquer atividade econômica deve ser regulada pelo mercado, qualquer intervenção no livre jogo do mercado é necessariamente coercitiva. Mesmos as distorções que possam aparecer no funcionamento do mercado livre, como a monopolização empresarial ou sindical ou a desigualdade social, devem ser resolvidas sem a intervenção do Estado. As atividades estatais devem ser as menores possíveis. Nesta perspectiva o Estado do Bem-Estar é o principal responsável pelas dimensões da crise. Esta interpretação, considera que o financiamento do gasto público em programas sociais gerou uma ampliação do *déficit* público, inflação, redução da poupança privada, que acabaram desestimulando o trabalho e a concorrência intercapitalista, etc. Neste sentido, a ação do Estado no campo social deve estar restrita à caridade pública - atendimento aos pobres - de forma complementar à caridade privada.

Com isso a política social é entendida como um mero apêndice da política econômica. Tal matriz discursiva serviu para a construção da crítica de que a democracia ameaça a liberdade. Outra crítica, foi a de

que o *Welfare State* colocaria em risco tanto a liberdade quanto os métodos democráticos de governo, já que os programas sociais promoveram uma série de alterações no funcionamento do capitalismo, em que o poder de barganha dos trabalhadores foi elevado.

Adam Przeworski (1993) utiliza os Estados Unidos como exemplo de sistema econômico baseado no mercado, apresentando alguns dados que contradizem a crença usual acerca da eficiência do mercado. Todavia, ressalta que não está realizando uma defesa dos padrões tradicionais de intervenção estatal, tanto na economia capitalista ou socialista, ou uma argumentação contra a reforma pró-mercado. Adverte para o fato de que pouco se conhece sobre mercados e democracias, não oferecendo assim, apoio a projetos ideológicos.

A crença nos mercados como alocadores eficientes de recursos está associada à premissa de que os mercados são “completos”, que existe um mercado para cada estado contingente da natureza. Mas, Przeworski (1993) coloca que, na ausência de alguns mercados os preços deixam de sumariar todos os custos de oportunidade, demonstrando que nem todos os agentes econômicos estão operando com a mesma informação.

Przeworski (op. cit.) argumenta ainda que é preciso distinguir três questões ao se examinar o efeito sobre o crescimento de reformas voltadas para o mercado; são elas: 1) por que a estabilização e a liberalização (do comércio exterior e da concorrência doméstica) induzem recessões; 2) por que certos programas de estabilização minam o crescimento futuro; e 3) são a estabilidade e a concorrência suficientes para a retomada do crescimento?

Mesmo quando não estão acompanhados por liberalização, os programas de estabilização tendem a induzir recessões. Para tal questão existiriam duas razões, que seriam: a) a estabilização normalmente é obtida através a redução da demanda; b) e quando é bem sucedida acaba elevando as taxas de juros. Apesar das altas das taxas poderem ser transitórias, seus efeitos prolongam-se após o período inicial de estabilização (Przeworski:1993)

Em relação a terceira questão, Przeworski coloca que, mesmo quando são bem sucedidas, as reformas voltadas para o mercado dificilmente geram condições favoráveis ao crescimento.

Przeworski (1993) argumenta o quanto é equivocada a idéia de se proibir que o Estado realize qualquer intervenção discricionária, devendo em contrapartida limitar-se a desempenhar o papel de promotor da “liberdade da empresa individual”. Entende-se, que não é isolando, de alguma forma, o Estado da economia que se poderão resolver os problemas de desenho institucional.

Segundo Przeworski (1993), interpretar o mercado como objeto da intervenção do Estado obscurece as questões reais, os problemas, que não estão reduzidos ao confronto do mercado contra o Estado, mas sim, a mecanismos institucionais específicos capazes de oferecer a determinados agentes econômicos, incluindo o Estado, incentivos e informação que os levem a se conduzir de uma maneira coletivamente racional.

O mercado é um sistema onde os recursos escassos são alocados a usos alternativos por decisões descentralizadas. Todavia, no capitalismo a propriedade é institucionalmente distinta da autoridade, e os indivíduos são ao mesmo tempo agentes no mercado e cidadãos. Como produto disto, têm-se dois mecanismos pelos quais os recursos podem ser alocados e distribuídos entre os domicílios: o mercado e o Estado. O primeiro é um mecanismo pelo qual os indivíduos votam por alocações com os recursos que possuem, que são sempre distribuídos desigualmente. Já o segundo, é um sistema que aloca recursos que não são de sua propriedade, com direitos distribuídos de modo diverso que no mercado.

Abordando o debate sobre a relação mercado (propriedade privada) e democracia (ampliação do poder político das classes trabalhadoras via sufrágio universal), em que a democracia seria uma ameaça aos direitos de propriedade, Adam Przeworski (1993) coloca que tal debate ainda não apresenta respostas. Entretanto, têm-se algumas pistas. Segundo alguns estudos de economias capitalistas desenvolvidas indicavam até o início dos anos oitenta, que um melhor desempenho econômico era mais alcançado por países onde sindicatos abrangentes e centralizados negociavam com os empregadores na presença de um Estado controlado por um partido social-democrata, ou seja, se dá de forma mais favorável a relação entre crescimento econômico e políticas sociais em países que combinam sindicatos fortes com controle social-democrata sobre o governo. Neste contexto, tem-se como premissa o que parece importar, então, para o desempenho econômico e o Bem-Estar social não é simplesmente “democracia” em geral mas instituições e políticas democráticas específicas.

Para Esping-Andersen (1991) o neoliberalismo contemporâneo é quase um eco da economia política liberal clássica, cuja referência é Adam Smith que considerava o mercado meio superior para a abolição das classes, da desigualdade e do privilégio. Isto porque Smith considerava que a intervenção do Estado asfixiaria o processo igualizador do comércio competitivo e criaria monopólios, protecionismo e ineficiência. O Estado sustentaria a classe; já o mercado teria a potencialidade de destruir a sociedade de classes. Alguns liberais reformistas apesar de proporem pequenas doses de regulamentação política, consideravam que o caminho para a igualdade e a prosperidade deveria ser pavimentado com o máximo de mercados livres e o mínimo de interferência estatal.

O argumento que Adam Smith (apud Carnoy, 1994) evoca é que os homens eram impulsionados pelo desejo de melhorar sua condição e o aumento de seus bens (ganho material) era o meio pelo qual a maioria deles conseguia essa condição melhor. Tem-se que cada indivíduo agindo de acordo com seu interesse (econômico), quando colocado junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o Bem-Estar coletivo. Para alcançar o Bem-Estar social, Smith enfatiza o funcionamento livre e ilimitado do mercado. A realização do Bem-Estar coletivo através da ação individual se deu de forma inconsciente, devido à motivação individual do ganho econômico. Neste sentido, o papel do Estado deveria ser o mais periférico possível, em relação à dinâmica social fundamental, qual seja: “a divina providência”, depois transformada em a “mão invisível” do mercado. O Estado, garantidor dos contratos, deveria fornecer a base legal com a qual o mercado poderia melhor maximizar os “benefícios aos homens”.

Esping-Andersen (1991) assinala que para muitos liberais a democracia se tornou uma ameaça, pois com a industrialização tem-se o surgimento das massas operárias, que percebiam na democracia um meio de reduzir os privilégios da propriedade. É neste sentido que os liberais temiam o sufrágio universal, pois consideravam que este politizasse a luta pela distribuição, pervertendo o mercado e alimentando ineficiências. A conclusão era de que a democracia destruiria o mercado, fato este não consumado se tomarmos, por exemplo, o caso norte-americano.

A questão central no debate contemporâneo sobre o *Welfare State* está em saber se e em que condições as divisões de classe e as desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo podem ser desfeitas pela democracia parlamentar. Tal preocupação estava ligada, para os liberais, ao temor de que democracia produzisse o socialismo, daí seu interesse em não ampliá-la. Já para os socialistas, a preocupação estava ligada à suspeita de que a democracia parlamentar seria pouco mais que uma concha vazia.

Esping-Andersen apresenta como questão original a indagação sobre o que é o *Welfare State*? Como saber, e quando é que um *Welfare State* responde funcionalmente às necessidades da indústria ou à reprodução e legitimação do capitalismo? E como indicar o *Welfare State* que corresponde às demandas de uma classe trabalhadora organizada? Para tal questão, haveria três tipos de regime como respostas. Uma resposta, é preciso começar com a transformação histórica das atividades do Estado. Em um *Welfare State* genuíno, a

maioria de suas atividades rotineiras deve estar voltada para as necessidades de Bem-Estar de famílias.

Segundo Esping-Andersen o *Welfare State* não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também é necessário considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. Na medida em que se examina as variações internacionais dos direitos sociais e de estratificação do *Welfare State*, encontram-se combinações qualitativamente diferentes entre Estado, mercado e família. Tais variações não estão linearmente distribuídas, mas agrupam-se segundo os tipos de regime. Em um dos grupos tem-se o *Welfare State* “liberal”, em que predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social.

No segundo tipo de regime o legado histórico do corporativismo estatal foi ampliado para atender a nova estrutura de classe “pós-industrial”. Nestes *Welfare States* conservadores e fortemente “corporativistas”, a obsessão liberal com a mercadorização e a eficiência do mercado nunca foi marcante.

O terceiro tipo de regime é composto de nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias. Este regime é chamado de regime “social-democrata” pois, nestas nações, a social-democracia foi claramente a força dominante por trás da reforma social. Uma diferença deste tipo de *Welfare State* buscado pelos social-democratas,

foi a promoção da igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas.

Esping-Andersen argumenta que não existe um tipo puro de *Welfare State*. Os países escandinavos são predominantemente social-democratas, mas não estão isentos de elementos liberais cruciais. Os regimes liberais também não são tipos puros. E os regimes europeus conservadores incorporam tanto impulsos liberais quanto social-democratas. Os critérios utilizados na definição dos *Welfare States* tiveram a ver com a qualidade dos direitos sociais, com a estratificação social e com o relacionamento entre Estado, mercado e família. Não se encontrará uma única força causal na formação dos *Welfare States*, tem-se de identificar os efeitos de interação. Para isso, ter-se-iam três fatores importantes: a natureza da mobilização de classe (principalmente da classe trabalhadora); as estruturas de coalizão política de classe; e o legado histórico da institucionalização do regime.

Esping-Andersen observa que propôs uma alternativa a uma teoria simples da mobilização de classe no desenvolvimento do *Welfare State*. Em relação às forças históricas, estas são percebidas como interativas, que envolvem: em primeiro lugar, o modelo de formação política da classe trabalhadora e, em segundo, a edificação de coalizões políticas durante a transição de uma economia rural para uma sociedade de classe média. Em terceiro lugar, as reformas anteriores contribuíram decisivamente para a institucionalização das preferências de classe e do comportamento político. Nos regimes corporativistas, a previdência social, que promovia distinções hierárquicas de *status*, cimentou a lealdade da classe média a um tipo

peculiar de Estado de *Welfare State*. Nos regimes liberais, as classes médias casaram-se institucionalmente com o mercado. E nos *Welfare States* da Escandinávia, os êxitos da social-democracia durante as décadas anteriores ligaram-se estreitamente à instituição de um *welfare* de classe média, que beneficia tanto a sua clientela tradicional na classe trabalhadora quanto a nova camada dos *white-collar*.

Desmond King (1988) ao realizar a análise acerca do Estado de Bem-Estar social contemporâneo nas democracias industriais avançadas, apresenta como tese central, que os Estados de Bem-Estar maduros têm suas estruturas e benefícios entrelaçados às estruturas sociais que eles próprios remodelaram. Os Estados de Bem-Estar não constituem apenas um novo estágio do desenvolvimento capitalista e do nível de intervenção estatal, mas sim uma reestruturação desses países. A análise sobre a forma do Estado de Bem-Estar e sua integração às democracias industriais avançadas, possibilita explicar, por exemplo, como administrações conservadoras, como Thatcher e Reagan, não foram eficazes em seu desejo de restringir os gastos e compromissos do Estado com o Bem-Estar.

Desmond King apresenta duas proposições paralelas, sendo uma geral e a outra específica. A proposição geral sugere que o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar e os direitos sociais de cidadania a ele associados remodelaram a natureza das sociedades modernas, caracterizadas atualmente por uma combinação única de Estado de Bem-Estar e economia. Antes do pré-1940, os direitos de cidadania conferiam *status* civil (direitos legais) e político (direitos de participação democrática), com poucas implicações para a economia. Já com o Estado de Bem-Estar pós-1940 têm-se direitos sociais

(padrões mínimos de saúde, renda, educação, direito ao trabalho) os quais, em sua implementação e plena expressão, acabam transformando o papel do Estado e a relação entre Estado e economia. Também modificam-se as causas e a natureza do conflito social.

A proposição geral implica uma proposição específica, relacionada aos esforços de governos conservadores em restringir o Estado de Bem-Estar. Neste contexto, diversos governos ocidentais procuraram reduzir ou controlar o crescimento do setor público característico do Estado de Bem-Estar moderno. King assinala que tais esforços não podem ter pleno sucesso. Ele adverte que há fontes de apoio ideológico e institucional cercando o Estado de Bem-Estar que não serão facilmente demolidas, pois estão firmemente integradas à estrutura da sociedade e aos seus processos de consumo e produção. A crise econômica internacional, ocorrida em 1970, acabou permitindo a articulação e propagação de velhas soluções, como por exemplo, a constituição de mercados livres e menor provisão dos serviços públicos de bem-estar. A deterioração das condições econômicas ao longo dos anos 70 foi sem dúvida importante na revivescência do liberalismo econômico.

O autor argumenta ainda que há uma concordância universal entre os acadêmicos quanto ao fato de que as décadas finais do século XIX marcam o início do Estado de Bem-Estar moderno, com uma expansão constante até a II Guerra Mundial. Desmond King faz referência ao trabalho de Orloff e Skocpol, que classifica quatro grupos principais de fatores neste processo: primeiro, estão aqueles que enfatizam as conseqüências da industrialização, segundo os quais o desenvolvimento econômico ou industrialização tem certos resultados

lógicos, incluindo a necessidade de bem-estar social; no segundo, a difusão de valores liberais favoráveis a um Estado de Bem-Estar complementa a industrialização em alguns casos, especialmente nos Estados Unidos; um terceiro conjunto de argumentos situa a causa primária do crescimento do Estado de Bem-Estar no sucesso da mobilização da força da classe trabalhadora para articular demandas por bem-estar; e quarto, inovações introduzidas por funcionários públicos, que é o argumento mais recente. Os dois primeiros fatores relacionam-se mais à consolidação inicial das políticas do Estado de Bem-Estar, enquanto os dois últimos relacionam-se à sua expansão. Todos os quatro tipos de fatores são necessários para uma explicação integral da origem do Estado de Bem-Estar moderno, concentrando-se especialmente sobre o papel das iniciativas do Estado e de suas organizações.

A força da classe trabalhadora, atestada por sua organização e mobilização sindical, foi causa importante das primeiras leis do Estado de Bem-Estar. Entretanto, pondera que não eram os partidos socialistas que atendiam a essas necessidades, como ressalta Esping-Andersen (1991) com relação à Escandinávia até os anos 30 os liberais dominavam e a influência social-democrata era na melhor das hipóteses marginal. Sendo assim, os social-democratas e os partidos de trabalhadores eram incapazes de dar uma forma característica às políticas do Estado de Bem-Estar dos países industriais do ocidente no período anterior aos anos 30.

O que isso exclui é a capacidade das instituições do Estado de Bem-Estar de influir sobre as estruturas sociais e da economia política de forma positiva para a transformação: o Estado de Bem-Estar não

pode ser visto como um simples interventor na economia; tanto o Estado de Bem-Estar como o sistema econômico são, antes, componentes essenciais de uma estrutura social única. O salário social - definido como as transferências e a provisão de serviços públicos como saúde e educação - simbolizado pelas instituições e políticas do Estado de Bem-Estar é um elemento importante no processo de desmercantilização, o qual reduz o poder da relação de mercado na determinação das vidas e das chances na vida das pessoas; é esta a essência dos objetivos da política do Estado de Bem-Estar.

Segundo Gero Lenhardt & Claus Offe (1984) a política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado. Tal tese decorre das seguintes reflexões: o processo de industrialização capitalista é acompanhado de processos de desorganização e mobilização da força de trabalho, fenômeno que não se limita à fase inicial do capitalismo, mas que nela pode ser observado com especial clareza. A ampliação das relações concorrenciais aos mercados nacionais e finalmente mundiais, a introdução permanente de mudanças técnicas poupadoras da força de trabalho, a dissolução das formas agrárias de vida e de trabalho, a influência de crises cíclicas, etc., têm o efeito comum de destruir, em maior ou menor medida, as condições de utilização da força de trabalho até então dominantes.

É neste sentido que a política social é percebida como representante de uma estratégia estatal de integração da força de trabalho na relação de trabalho assalariado, sendo uma relação que somente poderia adquirir a difusão e a “normalidade” que hoje existem graças à efetividade dessa estratégia. Sendo assim, a política social

não é mera “reação” do Estado aos “problemas” da classe operária, mas contribui de forma indispensável para a constituição dessa classe. A função mais importante da política social, segundo Lenhardt e Offe, consistiria em regulamentar o processo de proletarização da força de trabalho.

Offe e Lenhardt colocam também, que a política social não se limita a oferecer (de forma confiável, e evitando conflitos) prestações de serviços, sem os quais seria difícil imaginar a integração permanente de força de trabalho no sistema de trabalho assalariado. Ela também estaria encarregada de controlar o uso “adequado” das prestações de serviços. Isto seria necessário já que, em vista do caráter repressivo do trabalho assalariado, parece óbvia a tendência para que o trabalhador procure retirar-se (temporariamente) do processo de trabalho, recorrendo aos serviços de seguro.

Ao procurar elucidar a relação funcional entre as instituições da política social e o problema da socialização através do trabalho assalariado, Offe & Lenhardt assinalam que a impressão acerca dos três diferentes problemas - o da disposição para o trabalho, o da capacidade de trabalho individual e o das “oportunidades objetivas de venda” da força de trabalho - apesar de certamente poderem ser delimitados com precisão, ao nível das medidas correspondentes da política social, predominam instituições “multifuncionais”, construídas de tal forma que visam, simultaneamente, em mesclas variáveis, ao controle das motivações, à adaptação da capacidade de trabalho e à regulamentação quantitativa da oferta da força de trabalho.

O estabelecimento de uma correspondência funcional entre a política social do Estado e os problemas estruturais da socialização do trabalho, fornece indicações para a compreensão, sob a luz da teoria do Estado, das formas históricas e atuais da política social e de suas mudanças, a partir de suas funções intrínsecas.

Segundo Offe e Lenhardt para responder à questão relativa às forças motrizes do desenvolvimento da política social, há na literatura da ciência política duas lógicas explicativas. Cada uma é em si problemática, e mais ainda quando combinadas. Uma lógica argumentativa é a que explica a gênese da política social estatal baseada na teoria dos interesses e das necessidades. Nesta perspectiva, têm-se a hipótese de que o desenvolvimento progressivo das instituições e dos serviços da política social recebe seus impulsos de duas fontes: a primeira se encontra nos riscos factuais do processo de industrialização capitalista; e a segunda na força de organização das organizações da classe operária, que proclama e impõe ao Estado as suas exigências. O desenvolvimento da política social seria, assim, o resultado de uma carga de risco objetiva e da imposição de exigências políticas da classe operária.

Offe e Lenhardt ressaltam como problemática nesta tentativa de explicação, a pressuposição de que o sistema institucional e político esteja constituído de tal forma que dê acesso e possibilidade de articulação para as exigências de organização da classe operária. A segunda lógica argumentativa está ligada à explicação do desenvolvimento político-social a partir de imperativos do processo de produção capitalista. Nesta interpretação, a política social estatal explica-se a partir do interesse a longo prazo do capital.

Combinando-se as duas tentativas de explicação, segundo os autores, pode-se ter um modelo mais completo e menos problemático. Uma possibilidade de combinação pode ser resumida na seguinte tese: as organizações da classe operária, ao se dirigirem ao Estado com exigências de segurança sócio-políticas, impondo-as com os meios políticos que lhe são próprios, não alcançam outra coisa senão forçar o capital a adotar medidas que correspondem ao interesse do próprio capital.

Em suma, o que se mostrou nos parágrafos acima é que o debate sobre a reforma do Estado é internacional e que já vem há algum tempo sendo discutido pelos países de economia avançada, havendo uma gama de teorias interpretativas a respeito.

No caso do Brasil, o processo de Reforma do Estado ainda se encontra em andamento. Segundo Bresser Pereira (1998) a Reforma do Estado no Brasil vem se realizando via a Reforma Gerencial da administração pública. O principal aspecto desta reforma é criar novas instituições legais e organizacionais que permitam a constituição de uma burocracia moderna e profissional na gerência do Estado. Entre as novas instituições organizacionais há as agências executivas e as organizações sociais que se constituem em unidades descentralizadas de gestão (Bresser: 1998).

Ressalta Bresser Pereira que não se deve confundir a Reforma Gerencial com a emenda constitucional, apresentada pelo governo em 1995, que ficou conhecida como “Reforma Administrativa”. Segundo Bresser a reforma constitucional é:

“parte fundamental da Reforma Gerencial, uma vez que mudou instituições normativas fundamentais” (Bresser: 1998:18).

A Reforma Gerencial apesar de apresentar um caráter essencialmente institucional vem sendo executada em três dimensões: uma dimensão institucional-legal; uma dimensão cultural; e uma dimensão da gestão. A dimensão institucional-legal está baseada na criação de instituições normativas e de instituições organizacionais que viabilizam a gestão. A dimensão cultural está fundamentalmente associada à extinção da cultura patrimonialista carregada de clientelismo e fisiologismo ainda existente no país, assim como transitar da cultura burocrática para a gerencial. Por último, há a dimensão-gestão, considerada por Bresser como a mais difícil, que tem por princípio colocar em prática as novas idéias gerenciais oferecendo à sociedade um serviço público de qualidade, orientado por critérios de êxito no melhor atendimento do cidadão-cliente a um custo menor (Bresser: 1998).

As Políticas de Saúde Mental no Contexto da Reforma do Estado: algumas aproximações

Mesmo reconhecendo que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira não apresenta, via a gestão de programas de saúde mental, uma adesão às propostas de reorientação da ação estatal colocadas pela agenda da reforma do Estado, considero que podemos vislumbrar alguns pontos interessantes, que mesmo sem terem uma base

formulativa e metas coincidentes apresentam traços de familiaridade em sua essência.

O movimento de transformação, tanto da assistência institucionalizada quanto da compreensão sobre o binômio doença/saúde mental, suscitado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta pontos bastantes interessantes e inovadores no que concerne à proposta de um maior relacionamento com a comunidade. Primeiro, podemos dizer que uma das estratégias está voltada para a produção de processos culturais em que as inter-relações estejam consubstanciadas para a criação, difusão e reconhecimento de novos níveis de solidariedade para com o sujeito portador de sofrimento psíquico. Neste sentido, concomitantemente, ocorre a formatação de uma política pública em que o papel da comunidade e dos organismos comunitários passa a ser extremamente relevante e bem-vindo.

Contudo, o tom otimista aqui colocado não oculta de forma nenhuma a compreensão de que este ainda é um processo em fase germinativa mas com frutos. Como bem pode ser ilustrado pelas seguintes passagens abaixo:

“O CAPS Rubens Corrêa passou a utilizar um prédio que era da antiga LBA, que tinha sido repassado para a Secretaria de Desenvolvimento Social, pela iniciativa de conselheiros do Conselho Distrital da Ap. 3-3, foram eles que nos alertaram da existência do prédio (...)”.

“(...) Na Ap. 3-1, da mesma forma. Os conselheiros, o Conselho Distrital nos convocou para juntos procurarmos um espaço onde pudéssemos viabilizar a montagem de um serviço na Ilha. Visitamos vários prédios junto com o Conselho (...) até que a gente acabou decidindo por uma unidade que era própria nossa, porque a gente achou que ficava mais prático a implantação do serviço lá. E ainda assim, eles foram fundamentais na negociação, porque existiam outras propostas, outros interesses de ocupação daquele imóvel, e o Conselho Distrital foi fundamental para conseguir sustentar a proposta do CAPS. Isto é uma dimensão que a Reforma Psiquiátrica toma num patamar impensável há 10 anos atrás. Não se tinha a população com clareza do seu projeto, não tem a população reivindicando leitos para internação no hospital psiquiátrico, a população tá reivindicando serviços de assistência” (Entrevista III).

Outro ponto de inovação gerencial é o desenvolvimento de uma parceria entre o poder público municipal, representado pela Secretaria Municipal de Saúde, com um representante do chamado terceiro setor, no caso o IFB, que traz em si um novo desenho institucional no campo das políticas públicas em saúde mental. Fica no entanto, a expectativa de se ampliar o número de entidades que possam a vir estabelecer outras parcerias com poder público.

Reconhece-se também a diferença na forma dos contratos. No caso das propostas das Organizações Sociais estas detêm a gerência dos seus serviços e metas. Na caso do contrato da Prefeitura com a Ong esta não possui a gerência do processo.

*Tu és o louco da imortal loucura,
O louco da loucura mais suprema.
A Terra é sempre a tua negra algema,
Prende-te nela a extrema Desventura.
Mas essa mesma algema de amargura,
Mas essa mesma Desventura extrema
Faz que tu'alma suplicando gema
e rebente em estrelas de ternura.
Tu és o Poeta, o grande Assinalado
Que povoas o mundo despovoado,
De belezas eternas, pouco a pouco...
Na Natureza prodigiosa e rica
Toda a audácia dos nervos justifica
Os teus espasmos imortais de louco!*

(O Assinalado. Cruz e Souza, 1905)

**CAPÍTULO III - *Política Setorial: A Reforma Psiquiátrica e o
Município do Rio de Janeiro***

CAPÍTULO III - *Política Setorial: A Reforma Psiquiátrica e o Município do Rio de Janeiro*

Sistema Único de Saúde: ultrapassando os limites do pretérito

Antes de discorrer sobre os contornos de uma política setorial no âmbito do município, torna-se oportuno expor algumas palavras acerca do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS - como instrumento catalisador das diversas inovações surgidas no campo das políticas públicas em saúde.

A trajetória das transformações ocorridas no modelo de saúde brasileiro articuladas às transformações políticas, sociais e até culturais ocorridas no país, possibilitou a criação de uma agenda democratizante no setor saúde, que inseriu na Constituição de 88 condições para a sua real explicitação. Ao apresentar os princípios de universalização da seguridade social, de descentralização e hierarquização do sistema, a agenda reformista, efetivamente, pleiteava pela ampliação dos recursos à disposição da população e pela equidade na distribuição e utilização dos mesmos.

Entretanto, face a realidade social brasileira, a construção de um modelo universalista de cobertura, com acesso integral aos serviços de saúde, revela-se um processo de grande complexidade face à diversidade das representações de interesses. A ampliação no leque de beneficiários - praticamente a “totalidade” da população nacional - dos serviços de saúde, independentemente de haver qualquer contribuição pretérita, além de elevar a expansão de cobertura, acarretou um

aumento na produção de serviços, causando um impacto nos custos de financiamento com saúde. Sendo assim, a implantação do SUS se dá sob uma constante luta entre projetos alternativos nos campos político, ideológico e tecnológico (Mendes, s/d: 49).

Dentre algumas causas apontadas por André Médici (1995), ao abordar a ampliação dos gastos com saúde decorrentes do processo de universalização ocorrido nos países desenvolvidos, podemos perceber também a sua ocorrência no processo brasileiro de universalização dos serviços, como a:

- extensão horizontal e vertical da cobertura devido a “inclusão de novos segmentos como clientela dos serviços de saúde”;
- envelhecimento da estrutura etária da população;
- as transformações nas estruturas de morbi-mortalidade.

Na perspectiva econômica, a questão do modelo de atenção à saúde passa pela definição das bases - fontes de financiamento - que irão dar suporte a implementação do modelo. Entretanto, apesar de listarmos acima tais causas na ampliação dos gastos com saúde, entendemos que a discussão econômica - apesar de sua importância - por si só não consegue dar conta da discussão sobre a necessidade de implantação de um modelo de atenção à saúde que tome por base a melhoria na qualidade de vida, possibilitada pela interação de diversos fatores sociais, culturais, psicológicos, biológicos, ambientais, assim como também, modificações reais na organização dos serviços, na qualificação e perfil dos profissionais e nas práticas de saúde (X CNS: 1996).

O capítulo da saúde na Constituição representa um enorme avanço conceitual, ao incluir a saúde no âmbito da Seguridade Social. A diretriz de universalização do acesso ao sistema (já enfatizada anteriormente), implicou na eliminação de qualquer discriminação ou barreiras, sejam legais, normativas, administrativas ou geográficas, no acesso aos serviços. Isto também significou a utilização intensiva de recursos fiscais ordinários no financiamento do setor.

Ressalta-se para o fato de que a concepção de Seguridade Social ampliou significativamente o escopo de garantia de uma base material realista. Com a Constituição de 88 é estabelecido um orçamento próprio da Seguridade Social, constituindo-se assim no pilar fundamental para assegurar a universalização. A construção do SUS implicou a operacionalização de um novo paradigma assistencial denominado de promoção da saúde.

A promoção da saúde, assim como a implantação de um modelo de atenção, requer um esforço de transformar a organização dos serviços, através da participação da sociedade na construção de uma gestão democrática do SUS.

Como não poderia deixar de ser, tais questões também estão presentes no campo da saúde mental. Percebe-se, nos últimos anos, na formulação da política neste subsetor da saúde, um esforço em constituir e consolidar um novo modelo de atenção, através do estabelecimento de uma rede de dispositivos assistenciais intermediários ao modelo hospitalar clássico, e entre o modelo hospitalar e o modelo ambulatorial. É sobre esse esforço, capitaneado

de forma vigorosa pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que vamos tratar na próxima seção.

A Reforma Psiquiátrica brasileira – aspectos gerais, revisão de seus antecedentes históricos e influências internacionais

Antes de entrarmos nas questões relacionadas ao processo contemporâneo de constituição do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, gostaríamos de registrar que não desconhecemos o debate, que aponta na trajetória histórica da Psiquiatria brasileira momentos diversos em que há a preocupação em reformar a assistência aos alienados, como a que ocorreu no início do século. Neste movimento tem-se em Juliano Moreira e Teixeira Brandão suas personalidades centrais (Delgado, 1992).

À guisa de ilustração podemos citar Olavo Bilac que após diversas visitas ao Hospício Nacional de Alienados, no início do século, descreve, em um artigo intitulado *No Hospício Nacional*, datado de 1905, sua perplexidade inicial ante às precárias condições de tratamento fornecido aos doentes mentais e posteriormente, quando de uma nova visita, relata as transformações observadas que fazemos questão de citar, apesar de sua extensão, por acreditarmos ser emblemática.

“Hoje, o Hospicio Nacional é um Palácio. O ministério do Interior acaba de gastar alli dentro sommas consideráveis, e nunca o dinheiro público

foi tão bem empregado. O que era uma gehenna infecta e maldita só geradora de asco e terror, um lugar de desterro e supplicio, povoado d'aquelles mesmo gritos allucinados e terríveis, que há vinte e um annos, me haviam apavorado e martyrizado, é hoje um asylo calom e piedoso, em que a brandura substituiu a violencia, e em que os orphãos da razão, tutelados pelo Estado são tratados como homens (...) Hoje, no Hospicio, os enfermos, - sem excepção, tanto os abastado, como os pobres, - bem alimentados, bem alojados, bem vestidos, estão entregues aos cuidados de medicos moços, ambiciosos de um justo renome de gloria, estudando sempre, procurando sempre augmentar o seu capital de saber e experiencia, - e dispostos a orovar á luz da evidencia que não é com a brutalidade da camisa de força, da pancada e do quarto forte que se pode restituir o raciocinio ao cerebro perturbado de um louco. Hoje, no Hospicio Nacional, quando os visitantes perguntam: 'Onde estão os loucos furiosos?', os médicos respondem, com um sorriso de triumpho: 'Não ha!...'” (Bilac, 1905:s/p)

Outrossim, buscamos apresentar um recorte mais contemporâneo ao Movimento da Reforma.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem despertado grande interesse dos mais diversos campos de saber. Mesmo ainda em

andamento, suas propostas e inovações requisitam dos mais distintos setores da sociedade uma profunda discussão e reflexão acerca da loucura, de como lidar com o cidadão louco, e de como melhorar o modelo de assistência prestada aos acometidos de sofrimento psíquico.

O sentimento de transformação do “caráter” da assistência psiquiátrica no Brasil foi, basicamente, influenciado por experiências internacionais denominadas de alternativas, que apresentavam modelos de reformas, e práticas de transformação institucional que buscavam a promoção da saúde mental¹¹. Entre as experiências internacionais, realizadas em momentos distintos, podemos citar: a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Preventiva, a Psiquiatria de Setor, a Antipsiquiatria e a experiência que irá influenciar diretamente o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que foi a experiência italiana originada inicialmente em Gorizia, e depois em Trieste, ambas conduzidas por Franco Basaglia¹².

Acerca das experiências internacionais citadas acima, podemos ressaltar que à Antipsiquiatria coube o papel fundamental, segundo Castel (1987), de abalar o segredo institucional que:

¹¹ Cabe ressaltar o deslocamento do eixo de intervenção da psiquiatria, do seu objeto, da atitude que era voltada para o tratamento da doença mental, para a constituição da noção de promoção, pelo menos ideologicamente, de uma concepção de promoção da saúde mental. Ou seja, a doença mental dá lugar ao projeto de promoção da saúde mental. O objeto da psiquiatria não mais se detém sobre a doença mental e sim, a promoção da saúde mental. Mudança esta, devido à alteração da perspectiva de intervenção da psiquiatria, passando do nível terapêutico para o nível da prevenção (Birman e Costa, 1994).

¹² Sobre as influências teóricas da Reforma Psiquiátrica brasileira ver Amarante (1995), especificamente o capítulo “Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica”.

“constituía uma regra secular de funcionamento da medicina mental... o médico era insuspeitável, agindo o melhor para o bem indissolúvel de seus administrados, da administração e da justiça”
(Castel, 1987: 29).

No entanto, ainda de acordo com Castel, o movimento antipsiquiátrico, surgido no bojo dos movimentos contestatórios à ordem social, política e institucional vigente na Europa da década de 60, não conseguiu propor e convencer pela sua capacidade de inaugurar técnicas alternativas capazes de ultrapassar uma contestação abstrata do tecnicismo dos profissionais e de fornecer ferramentas para atacar efetivamente as dimensões sociais e políticas da doença mental. Na realidade, conviviam naquele momento outros modelos e outras técnicas que se enquadravam nas exigências de um tecnicismo modernista representadas por exemplo na Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva norte-americana.

A experiência italiana diferenciou-se destes movimentos tecnicistas pela possibilidade crítica e o vigor com que se opôs a um sistema psiquiátrico globalmente arcaico, acabando por reduzi-lo, e alcançar transformações ao nível jurídico-político através da Lei 180, que programou a supressão dos macro hospitais psiquiátricos e integrou a psiquiatria em uma reorganização territorial dos serviços de saúde.

Cabe apontar que a psiquiatria, em seus vários momentos - sendo que em cada momento histórico, dependendo, seja de um

desenvolvimento intrínseco ao saber psiquiátrico, seja de uma leitura conjuntural acerca da organização do desenvolvimento do pensamento social sobre o sujeito, sobre o cidadão, sobre o Estado -, apresenta transformações em seu saber, quanto à definição de loucura e doença mental. Por outro lado, essas definições sobre loucura e doença mental, por parte do saber psiquiátrico, estão informadas pela *percepção* que se tem, socialmente, a respeito do louco. Sendo assim, se vão alterando as definições que a psiquiatria tem sobre o sujeito louco, e sobre a loucura enquanto entidade abstrata e nosográfica.

Ocorrem também mudanças nas formas através das quais a psiquiatria organiza a prática institucional para lidar com o louco e a loucura, que significam formas diferentes de organizar os hospícios, as políticas de saúde mental, e as campanhas, sejam estas de educação ou de prevenção. Tem-se também, como resposta em cada período, formas de se ver o louco socialmente, civilmente, juridicamente, sendo a ciência psiquiátrica fornecedora da base teórica que informa a ciência jurídica acerca da forma a legislar sobre a loucura e os atos do louco. Castel (1987), ao relacionar a psiquiatria com suas estratégias de intervenção no campo social, atribui um princípio regulador básico de toda a prática psiquiátrica antiga ou moderna que se realiza no paradigma da assistência completa:

“A vontade de se encarregar das populações de que têm a responsabilidade tão total quanto possível, caracterizou até hoje a tradição

psiquiátrica. Ela realizou-se primeiro sob a forma frustrada de encerramento: o diagnóstico de alienação mental equivalia a uma definição completa a um só tempo médica, jurídica e social do estatuto da pessoa, seu lugar fixado na “instituição especial” garantindo-lhe um tratamento completo, em todo o sentido da palavra” (Castel, 1987: 101).

Assim, percebe-se que o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira atualiza uma crítica ao cerne do saber que institucionaliza a figura do louco e a loucura: o saber psiquiátrico. Tal matriz evoca a questão do saber técnico e o coloca em questão. Mais do que a transformação das técnicas pela modernização, se interrogam as relações capilares entre a sociedade e a competência dos especialistas. Ao nível de inspiração internacional domina no cenário do Movimento da Reforma Psiquiátrica, a experiência italiana que tem em Franco Basaglia o seu principal expoente.

Paulo Amarante (1992, 1995), considera que o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como seu catalisador o episódio que ficou conhecido como a “Crise da DINSAM”, que era a Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das políticas em saúde mental e também pela administração das quatro unidades federais instaladas no Rio de Janeiro (o Centro Psiquiátrico Pedro II, a Colônia Juliano Moreira¹³, o

¹³Após o processo de municipalização onde realizou-se a transferência da administração federal para a Prefeitura, a Colônia Juliano Moreira passou a ter a denominação de Instituto Municipal de Atenção à Saúde Juliano Moreira.

Hospital Pinel¹⁴ e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho¹⁵). Os profissionais destas unidades deflagraram uma greve¹⁶ por melhores condições tanto de trabalho como de melhores condições de assistência aos pacientes. Segundo o mesmo autor, o movimento da Reforma Psiquiátrica ao ter seu início pautado em questões de ordem trabalhista e de denúncias da política de saúde mental, acabou oscilando entre um projeto de transformação psiquiátrica e um projeto de organização corporativa.

Antes de seguirmos, há de se fazer um registro. No parágrafo acima informamos que o município do Rio de Janeiro possuía, à época, quatro unidades psiquiátricas que estavam sob a administração federal.

Até a promulgação da lei orgânica da saúde no final dos anos 90, o Ministério da Saúde apresentava basicamente uma função de executivo, de prestador de serviço. Até então quem formulava as políticas era o INAMPS. Sendo assim, podemos considerar que o fato de existirem quatro hospitais do Ministério da Saúde acabava por dar ao Rio de Janeiro um tom muito peculiar, qual seja, a sua assistência em saúde mental era marcada por uma cultura essencialmente hospitalar. Sendo esta conduzida, basicamente, por uma psiquiatria acadêmica tradicional, defensora de uma formação com base nosológica (**Entrevista IV**). Sendo assim, com o movimento da

¹⁴- Este hospital passou por duas mudanças de denominação, primeiro para Hospital Philippe Pinel e para a última e atual Instituto Philippe Pinel.

¹⁵Hoje subordinado à Secretaria Estadual de Justiça.

¹⁶ Iniciada pelos residentes bolsistas da Campanha Nacional de Saúde Mental insatisfeitos com o uso pela CNSM de internos para tarefas que diziam respeito aos profissionais médicos. Reivindicava-se também melhores condições de trabalho, assim como, melhores estruturas para o atendimento aos pacientes dos hospitais. A greve acabou ganhando adesão dos demais profissionais, como também o apoio de algumas entidades como CREMERJ, REME, CEBES, etc. Neste episódio acabam sendo demitidos 260 grevistas. Sobre esse acontecimento ver Paulo Amarante (org.), 1995. Loucos pela Vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.

Reforma, entra em discussão o debate sobre a resolutividade e eficácia do modelo médico tradicional frente à complexidade do adoecer mental. Ao abordar tal questão Nilson do Rosário Costa assinala que:

“O modelo clássico restringe o espaço da atenção a saúde à sua natureza biológica ou organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as suas estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social; incentiva a especialização da profissão médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica (...)” (Costa, 1998:11).

Considero que é neste sentido que em seu processo de constituição, o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira tenha procurado apresentar um caráter autodenominado de inovador e questionador das práticas assistenciais da saúde mental até então utilizadas.

O movimento da Reforma procurava realizar, no seu interior, uma discussão “constante” acerca do que vem a ser a Reforma. Também é realizada uma importante reflexão pelos participantes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, qual seja: questiona-se o que é saúde, o que é doença? Até onde vai a normalidade? O adoecer mental pode ser reduzido apenas ao campo médico? (Programa de Saúde

Mental, 1988) Percebe-se assim, uma nítida preocupação em relação ao papel normalizador do saber psiquiátrico e de suas instituições. É nesta direção que o movimento da Reforma propõe a desinstitucionalização de todo o aparato psiquiátrico via seu saber, suas práticas e suas instituições.

De uma forma geral, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta como principais objetivos a reestruturação da atenção psiquiátrica, com a substituição progressiva dos recursos manicomialis por uma rede de atenção integral composta por serviços diversificados, regionalizados e integrados à rede geral de serviços de saúde, além de outros recursos sociais e comunitários. Pretende-se também a realização de novas práticas consoantes com os direitos humanos e de cidadania do usuário dos serviços de saúde mental (COSAM, s/d).

Por outro lado, o Movimento da Reforma, ao procurar afirmar os direitos civis e de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, aponta para a necessidade do debate acerca da revisão da legislação, principalmente em relação aos princípios de inimputabilidade penal, incapacidade civil e de periculosidade do doente mental (Delgado, 1992a).

Na década de 80, também há de se destacar alguns eventos importantes que pontuam o desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Como exemplo, tem-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ambos realizados em 1987. Entretanto, apesar da importância de tais eventos, optamos por eleger como marco histórico

inicial para a realização deste estudo o ano de 1991, pois, este é o ano em que se realizam as primeiras Conferências de Saúde nos níveis estadual e municipal.

O Velho Já Não Domina Mais: em cena os serviços substitutivos e as inovações institucionais.

Dentro do contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira vem apresentando uma gama de propostas e de ações transformadoras sobre a Atenção em Saúde Mental.

Alguns dos instrumentos de transformação, com certeza, são os denominados Serviços Substitutivos¹⁷. Tal denominação traz em si a própria característica dinâmica do processo de Reforma pois, num primeiro momento, havia em seu ideário conceitual a proposta de instalação de serviços ditos alternativos em relação ao modelo de confinamento da estrutura asilar.

Contudo ao interpretar a idéia de alternativo colocou-se que tal noção acabava possibilitando a coexistência das propostas de transformação com a manutenção do modelo arcaico dos grandes espaços asilares. Neste sentido, os participantes da Reforma acabam por adotar uma conceituação mais incisiva acerca da nova mentalidade

¹⁷Em relação à este termo cabe uma consideração. O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira através de seus participantes e defensores vem utilizando o termo substitutivo numa clara opção ao uso do termo alternativo. Consideram que a noção de alternativo implica uma opção de escolha, de uma coexistência. Sendo assim, em se tratando de serviços psiquiátricos, a proposta de serviços alternativos acabaria dificultando a extinção gradual dos manicômios pois implicaria também na sua existência. Daí o uso do termo substitutivo com o sentido de substituição, o que implica o fim do que se substitui. Contudo, apesar de reconhecer que o termo substitutivo já encontra o seu uso consagrado no Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e no campo da saúde mental há que se considerar que, apesar de ter o sentido de substituição, o mesmo termo também apresenta sentidos como: “Que faz as vezes de”; e vejam só de “**emenda**”.

assistencial. Resolvem adotar a terminologia de dispositivos substitutivos ao aparato manicomial como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Hospital-Dia, Hospital-Noite; Lar Abrigado; Pensão Protegida; Ambulatório de Saúde Mental.

O primeiro serviço intermediário ao modelo asilar em saúde mental inaugurado no Brasil, foi denominado Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, que teve o seu projeto elaborado em setembro de 1986, com funcionamento na cidade de São Paulo. Este novo tipo de serviço, que recebeu a sigla de CAPS, é fundamentalmente:

“uma unidade pública de tratamento, ensino, pesquisa e reabilitação em saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde, localizada no ERSA - R1 (Escritório Regional de Saúde - 1). Recebe pacientes psicóticos e neuróticos graves, na faixa etária de 15 a 65 anos, que moram na região central da cidade e que são acolhidos em sistema de atendimento diário.” (Goldberg, 1994: 28).

Cabe referir uma observação realizada por Amarante (1997) acerca da caracterização do CAPS Luíz da Rocha Cerqueira. Segundo o autor este serviço nasceu marcado pela proposta “alternativa/intermediária/transitória” do modelo manicomial ao modelo aberto para a comunidade. A matriz que influenciou este primeiro serviço bebeu nas fontes do modelo sanitário-preventivista ou

seja, aquele que se coloca como via entre o hospital e a comunidade no marco da influência da psicoterapia institucional.

Ainda segundo Amarante, o CAPS diferencia-se do NAPS justamente pelo fato deste último opor-se à proposta alternativa/intermediária/provisória na qual ainda caberia o hospital psiquiátrico. Assim, se o CAPS baseia-se no modelo médico psicológico de análise, os NAPS, surgidos posteriormente, seriam serviços não apenas médicos mas incluiriam em suas propostas de tratamento as dimensões sociais e culturais, visando a superação do hospício¹⁸.

A viabilidade de tal estrutura apresentada acima dá-se basicamente - sem desconsiderar, é claro, toda a mobilização histórica feita pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica em apresentar propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica - pelo processo efetivo de desenvolvimento e sustentação de uma reorientação da política nacional de saúde mental, em que possibilita de forma concreta a constituição de estruturas assistenciais locais. Para isso é formatada:

*“Uma política do Ministério da Saúde
viabilizando financiamento para estruturas de
atendimento intermediária ao modelo
hospitalar, intermediária entre o modelo*

¹⁸Muito embora a observação seja extremamente refinada no que se refere às influências e distinções entre CAPS e NAPS, à nível da legislação federal (Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde) que regula e estabelece normas de financiamento e de funcionamento, não identificamos tal diferenciação, pelo contrário, as portarias fazem equivaler as modalidades acima citadas. A este respeito ver Portaria SNAS 224/92, de 29/01/92; Portaria SNAS 224, de 30/01/92; e Portaria SNAS 242/92, de 25/02/92.

hospitalar e o modelo ambulatorial. Proporcionou elementos concretos de participação no custeio do Ministério da Saúde, além dos investimentos que o ministério fez, que serviu como estímulo muito grande para a implementação de propostas e modelos de transformação da assistência psiquiátrica” (Entrevista III).

A mudança na estratégia da política de saúde mental do Ministério da Saúde, priorizando o desenvolvimento de novos dispositivos de assistência não contaminados pela lógica asilar, pode ser creditada, dentre outros motivos, à absorção pelo aparato estatal do Ministério de quadros oriundos do Movimento da Reforma Psiquiátrica, como bem assinala Paulo Amarante:

“No início dos anos 90, o Ministério da Saúde, já sob forte influência política e ideológica do Movimento, das experiências santista e paulista e, ainda, do debate desencadeado pelo PL¹⁹, adotou a Portaria 189/91, que ampliava e diversificava os procedimentos da Tabela SIH/SUS e SIS/SUS, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais” (Amarante, 1997: 174).

Ainda segundo o autor:

“A grande inovação trazida por esta portaria está no fato de viabilizar a possibilidade efetiva de financiamento de estruturas não manicomiais, o que, embora fosse um princípio existente desde os primeiros momentos do MTSM, ainda não tinha sua viabilidade concretizada” (Amarante, 1997: 174).

Percebe-se assim, que a mudança estrutural do Ministério da Saúde representa um fator determinante de transformação do modelo assistencial em saúde mental, viabilizando o enraizamento de uma nova cultura de cuidados. Concorreu para isso a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. Esta mudança acaba sendo decisiva na viabilização da transformação do modelo assistencial, já que:

“Quem paga pode ser quem formula, porque antes quem pagava era não quem formulava (...) Este fato da mudança estrutural, na medida que você está no mesmo órgão, aquele órgão que dá a regra é o mesmo órgão que paga, te dá o poder de fazer na regra de pagamento aquilo que você quer pagar, (...) que é a Portaria 189” (Entrevista IV).

¹⁹O autor aqui se refere ao Projeto de Lei nº 3.657 / 89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Esta passagem em sua capacidade explicativa demonstra como a mudança estrutural, via a instrumentalização de uma regra de financiamento e de uma regra de funcionamento, de caráter nacional com força de portaria ministerial, viabilizou o desenvolvimento no plano financeiro, de recursos diferenciados e não mais transitórios, de financiamento para os dispositivos assistenciais substitutivos como CAPS, NAPS, Lares Abrigados, Visita Domiciliar, etc., pagando mais por estas estruturas do que ao hospital. Este desenho institucional é confeccionado a partir de dois instrumentos de operação: as portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde de nº 189/91 e 224/92. A primeira refere-se a ampliação e diversificação dos procedimentos da Tabela do SIH/SUS e SIA/SUS e a segunda estabelece padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental (Alves, 1996).

O Nível Local²⁰ Como Locus da Ação das Políticas Públicas: um perfil para a saúde mental

Como já apontado anteriormente, no setor saúde a universalização da assistência é consolidada legalmente com a Constituição de 1988, e tem como instrumento operativo, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. O processo de institucionalização do

²⁰Segundo Carlos Pereira (1996), o processo de descentralização proposto pela reforma sanitária ao sofrer um deslocamento acerca da esfera de execução, passando da proposta de estadualização para a de municipalização acabou suscitando, entre alguns sanitaristas, críticas a respeito de um possível efeito indesejável. Tal efeito estaria relacionado ao fato de que a municipalização estaria sendo caracterizada pela fragmentação institucional e a quebra de laços nacionais devido à ausência de um planejamento global que proporcionasse um mínimo de unidade às políticas. Neste caso, estaria a descentralização sendo “alvo da influência de interesses locais, na sua grande maioria corporativos e clientelísticos, perdendo cada vez mais o seu poder de encantamento, proporcionando novas frustrações por não conseguir dar resolubilidade às situações-problema da população” (Pereira, 1994: 458). Sem querer aprofundar em tal debate, mas considerando que hoje há um planejamento global e unidade nas políticas de saúde mental, a ênfase dada neste estudo ao espaço local como elemento nodal no desenvolvimento e implantação de políticas públicas dá-se pela compreensão de que o atendimento das demandas sociais no campo da saúde mental tem o seu

SUS definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, assegurado pela Constituição e normatizado pela chamada Lei Orgânica da Saúde, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Com o SUS, os municípios acabam por se apresentar como espaços processuais reais, concretos, de organização e implantação de seus princípios norteadores. Cabe destacar, que além da universalização da assistência, o SUS também é caracterizado por apresentar os princípios de descentralização e hierarquização das ações de saúde, assim como, incentiva uma maior participação social, através dos Conselhos de Saúde.

O reconhecimento do espaço local como elemento nodal na compreensão do desenvolvimento e implantação das políticas públicas, particularmente as de saúde, nos auxiliou na escolha do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (COMS), como arena decisória em que estão inseridos atores diversos e distintas formas de organização do assim chamado Terceiro Setor²¹. No nosso caso, em especial, as associações civis ligadas ao campo da saúde mental, estudadas no presente trabalho, pois, como bem assinala Pereira Filho,

“o setor saúde é entendido enquanto uma arena institucional que é tomada por uma diversidade de coalizações de grupos de interesse e, por isso, mutáveis, vindo, desta forma, condensar

ideal na construção de uma rede de serviços de base territorial.

²¹ Acerca das distinções do conceito Terceiro Setor, podemos nos valer de forma informativa da definição proposta por César Fernandes que o considera como sendo “composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e de suas múltiplas manifestações na sociedade civil” (Fernandes, 1997:27). Ainda em relação a este conceito, Ruth Cardoso o considera como sendo um espaço de participação e experimentação de novos modos de pensar e agir sobre a

em seu espaço a presença tanto de interesses públicos como de interesses privados, em razão de produzir bens e serviços que podem ser qualificados em duas situações distintas: bens e serviços enquanto objeto de transação no mercado, e bens e serviços enquanto direito social” (Pereira, 1996: 426).

Ou seja, a visão que temos neste trabalho, é de que a coalizão dos grupos de interesses presentes no campo da saúde mental, traz uma ação política que, mesmo reivindicando pelo seu direito social, transpõe a produção de bens e serviços, e ancora-se no esforço solidário de transformação/consolidação do sujeito-louco em sujeito-cidadão. Para isso, contudo, torna-se premente a construção de um novo pacto, um novo contrato social, de novos parâmetros legais.

A percepção do espaço local, como elemento chave, está intimamente associada ao processo de democratização do país, em que se configura a compreensão e constituição das formas administrativas municipais e descentralizadas enquanto espaço político e institucional das políticas sociais (Draibe, 1990). É neste sentido, que no campo das políticas públicas tem-se como uma das principais inovações o elevado grau de participação popular nos diferentes níveis de desenvolvimento e implementação das políticas.

No caso do setor saúde, a inovação fica por conta da constituição dos Conselhos Municipais. A constituição de órgãos colegiados também se fará em outros campos da política social como a educação,

realidade social (Cardoso, 1997:08).

meio ambiente, etc. Com isso, os processos decisórios começam a apresentar características “conselhistas”, pois, como bem aponta Sonia Draibe,

“a intensificação da ação e da participação dos ‘clientes’ nas políticas de Welfare parece estar constituindo, em quase todo o mundo, tendência a diminuir o grau de passividade com que anteriormente eram aquelas recebidas e, mais do que ‘dinamizar’ os direitos sociais, rearticulam o espaço, a trama social na qual se processam as políticas” (Draibe, 1990: 36).

Ainda de acordo com Draibe,

“Em outras palavras, as associações de vizinhança, de moradia, os organismos comunitários, as organizações voluntárias de todo o tipo que se formam nas e para as políticas sociais estariam expressando aquele movimento social mais profundo de contínua reorganização do tecido social (...)” (Draibe, 1990: 36).

Como apontado acima, o debate acerca da reorganização do tecido social, e da redemocratização do país ecoava em toda a sua estrutura social, sendo assim, no campo da saúde mental tal debate acabava por assinalar a necessidade, também, da psiquiatria de

democratizar suas instituições, suas práticas, e de humanizar seus serviços. Neste contexto, o surgimento e o desenvolvimento das associações de usuários e de familiares vai ao encontro deste movimento / sentimento de ampliação dos espaços democráticos. Mesmo partindo de uma ação política especificamente voltada, em seu início, para as questões próprias como qualidade da assistência, debate sobre o processo saúde/doença mental, novas tecnologias no tratamento da pessoa portadora de sofrimento mental, inovações institucionais, etc.

É dentro deste panorama de transformação político-institucional da sociedade brasileira, de suas instituições e de fortalecimento do espaço local, através basicamente do desenvolvimento da tendência de descentralização das políticas sociais, que inserimos no desenvolvimento da presente investigação junto à Gerência de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde. Visou-se com isso, realizar o levantamento de dados informativos sobre o quadro atual da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro.

O reconhecimento e a valorização do princípio da descentralização das políticas sociais tem-se, por conseguinte, o fortalecimento do espaço local, enquanto *locus* da realização efetiva da ação governamental no desenvolvimento das políticas públicas. Torna-se premente substituir o caráter hierarquizador e centralizador da condução da política do sistema de saúde por uma lógica fundada no espaço local. A este respeito Pedro Gabriel Delgado (1997) argumenta que apesar de ainda não ter sido concretizado de vez:

“O sistema local, de base comunitária, tem sua efetividade dependente da democratização radical de todo o dispositivo público de saúde, o que implica a retirada da cena principal dos grandes gerentes do nível central, para a entronização efetiva dos conselhos locais de saúde” (Delgado, 1997: 41).

É neste contexto de deslocamento da esfera da gestão que os municípios passam a ter a responsabilidade de constituir serviços de saúde que atendam à demanda real da população. Neste sentido, a oferta de estruturas assistenciais em saúde mental, passa a considerar elementos locais, ou como sugerem alguns autores, o cuidado aos problemas de saúde mental deve ser ofertado por uma rede de serviços de base territorial. Como bem assinala Pedro Gabriel Delgado:

“(...) o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenharam a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (Delgado: 1997: 42).

Em relação às colocações acima entende-se que para a realização de tal quadro, com o atendimento da demanda por estruturas assistenciais que tenham como lógica organizativa o espaço local, deverá ser consolidada uma incisiva e contínua política de saúde

mental. Pode-se dizer que até o início dos anos 90 este cenário não se fazia. Esta consideração parte de duas observações.

A primeira de dimensão mais histórica refere-se à observação feita por Heitor Resende ao final da década de 80:

“Uma das queixas mais ouvidas, ainda nos dias de hoje, da parte dos profissionais envolvidos com o cuidado ao doente mental no Brasil é, sem dúvida, a que se refere à inexistência de uma política para o setor” (Resende, 1987: 16).

Continuando com as considerações do mesmo autor, este apresenta o seguinte sentido para o que considera ser uma política de saúde mental:

“Com efeito, a se entender por política, no senso restrito aqui aplicável, uma equação a dois braços, representada de um lado por um conjunto de intencionalidades e de outro por práticas concretas, conjunto este que mostre uma certa continuidade no tempo e significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais” (Resende, 1987: 16).

A construção de tais argumentos colocados por Heitor Resende era impulsionada pela escassez, à época, de dados e informações

substanciais para a realização de uma política de saúde mental como, características e perfil da clientela dos hospitais e dos ambulatórios, a variação desta clientela no tempo, grau de eficiência dos diversos tratamentos e estratégias de intervenção, dentre outras.

A segunda observação está relacionada ao fato de que, até pouco tempo, as secretarias municipal e estadual de saúde não tinham qualquer ingerência sobre o atendimento psiquiátrico oferecido à população, como bem observa Pedro Gabriel Delgado (1997). Tanto que até o início dos anos 90 a oferta de serviços especializados em saúde mental no Município do Rio de Janeiro era oferecida basicamente pelos hospitais federais, administrados pelo Ministério da Saúde e por alguns PAMs. Sob gestão federal também estavam os chamados pólos de internação, a saber: PAM-Venezuela, PAM-Bangu, Hospital Pinel²², Centro Psiquiátrico Pedro II e a Colônia Juliano Moreira.

Ainda na década de 90 a cidade do Rio de Janeiro viveu um profundo processo de transformação no campo da saúde, com o processo de municipalização de diversas unidades da rede federal.

O município também acabou assumindo a responsabilidade pelo controle do setor privado e passou para a Gestão Incipiente do Sistema Único de Saúde. Podemos considerar este fato um marco para as políticas de saúde do município. Com isso o município passa a ter uma relevância que antes não possuía. Registra-se que não foi só o Município do Rio que passou por um processo de transformação.

O Estado do Rio de Janeiro começou a vivenciar uma conjuntura de grande fermentação de experiências inovadoras no campo da saúde mental, como a constituição do Programa de Saúde Mental de Angra dos Reis, o desenvolvimento também, num momento posterior ao de Angra, do Programa de Volta Redonda. Em si, tais fatos assinalam neste momento um claro movimento de expansão e de consolidação do novo desenho organizativo assistencial suscitado pelo SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde tinha a sua oferta de atendimento em saúde mental oferecida fundamentalmente pela rede básica e por alguns hospitais especializados. Não havia um hospital especializado em psiquiatria sob a gestão do município.

Até o início dos anos 90 o programa de saúde mental do município tinha seu quadro de profissionais pulverizado, com atuação em outros programas, atendendo a demandas acessórias, demandas basicamente dos outros programas, casos leves, como crianças com dificuldades de aprendizagem. Não havia uma definição de se trabalhar com análise de grupos de risco, de investir num desenho de rede que fizesse uma eleição da clientela mais grave (**Entrevista III**).

Um primeiro esforço para modificar este quadro, e viabilizar efetivamente a condução de uma política de saúde mental via a reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro, foi dado pela Gerência de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde, ao

²²Denominação à época da constituição dos pólos.

realizar o primeiro Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos²³ que tinha por objetivo:

“Promover o levantamento do perfil sócio-econômico e clínico desta população e, a partir dos dados obtidos, planejar a alocação de serviços não manicomiais, necessários para a saúde mental” (Fagundes & Libério, 1997: 30).

Em seu desenvolvimento o Censo dos Internos Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro contabilizou como universo populacional 3.235 pacientes internados no dia 24/10/95, data de referência, sendo que deste total haviam 2.135 (66%) do sexo masculino e 1.100 (34%) do sexo feminino. A partir desta população o Censo delineou alguns aspectos, apesar de ainda restrito à frequência simples dos itens pesquisados, do perfil do universo pesquisado, como faixa etária, situação laborativa, tipo de renda, com quem os usuários realmente contam, visitas durante a internação, situação de moradia, quantidade de internações sofridas e assistência prestada (Fagundes & Libério, 1997).

Ainda segundo Fagundes & Libério (1997), os dados apresentados pelo Censo no aspecto faixa etária indicou um predomínio de internos na idade produtiva (70%), com 25.4% de pessoas acima de 49 anos e apenas 4.6% abaixo de 20 anos. Em relação a situação laborativa, a qual se confrontou os dados dos usuários antes da primeira internação sofrida em suas vidas com os dados antes da

²³A realização do Censo foi em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz e o Instituto de Psiquiatria, da UFRJ.

internação ocorrida no momento do Censo, constatou-se uma acentuada queda no número de pessoas inseridas no mercado de trabalho formal. Neste ponto tem-se o registro de que 1.527 pessoas (47.3%) não dispõem de vínculo previdenciário. Em relação ao tipo de renda auferida pelos internos o Censo apontou que 1.202 (37.2%) percebem renda própria, 957 (29.6%) contam com suporte familiar e 934 (28.9%) não apresentaram renda.

Os autores assinalam que o Censo ao confrontar com a afirmativa dos usuários sobre com quem eles contavam e adicionando as informações sobre as visitas de familiares e a frequência das visitas acabou por contradizer a crença usual de que a clientela internada, em sua maior parte, não teria laços familiares. Em relação a este ponto, cabe aqui fazer uma rápida menção ao trabalho de Neeleman & Power (1994) sobre suporte social, que aponta índices bastante inferiores em relação ao apresentado pelo Censo do Rio de Janeiro, que indica baixo suporte vindo das famílias de pacientes psiquiátricos na Inglaterra.

Retornando ao Censo do Rio de Janeiro, outro dado levantado foi em relação ao vínculo atual de moradia dos internos. Foram encontrados 128 (3.9%) pacientes em situação de rua, e apenas 10 (0.3%) pacientes vivendo em albergues públicos. Em relação às internações, o Censo encontrou 414 (12.7%) pacientes em sua primeira internação, contudo, a clientela internada apresentava alta taxa de reinternações. Ainda em relação às internações constatou-se que 1.834 (56.9%) dos pacientes fazem da internação o seu único tratamento. Quanto à assistência prestada tem-se que 2.295 (61.9%) dos internos não recebe outro tipo de acompanhamento que não seja a consulta

psiquiátrica. À este respeito Fagundes & Libério (1997) chamam atenção para o fato de que:

“(...) dos 20 hospitais pesquisados, 99% encontram-se no Grupo de Internação Psiquiátrica IV e contam com psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, clínicos e/ou fisioterapeutas”
(Fagundes & Libério, 1997: 33).

Reconhecendo os limites colocados pelo formato e finalidades de um trabalho de dissertação, neste momento, não privilegiamos uma discussão mais aprofundada acerca dos impactos suscitados pela realização do Censo sobre o perfil da clientela internada nos hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro.

Para contato com uma análise mais aprofundada e contundente sobre o Censo sugerimos o trabalho de Maria Paula C. Gomes (1999) intitulado *A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*, e o trabalho de João P. Lira & Paulo Amarante (1998), *Metodologia y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Rio de Janeiro*.

Contudo, mesmo sem aprofundamentos neste momento há de se colocar algumas linhas interpretativas. A apresentação dos dados levantados pelo Censo mostra-se extremamente relevante no auxílio de se ter uma compreensão mais fidedigna acerca do papel do familiar enquanto suporte fundamental no processo de tratamento do enfermo mental. Apesar de tal inferência ainda não representar, como índice

ideal, ou seja, a quase totalidade de apoio dos familiares aos seus pacientes, havendo ainda os casos de abandono e omissão, ao descortinar as películas do senso comum assinala a viabilidade de se investir em políticas públicas voltadas para o estabelecimento do chamado suporte social. Fariam parte do suporte social a oferta de pensão, benefício continuado, lares abrigados, etc.

Uma tentativa de estabelecimento de um programa nacional de suporte social foi a proposta do Programa de Apoio à Desospitalização - PAD - formulada pelo Ministério da Saúde, mas que não foi implementado devido à questões jurídicas, pois a proposta central do PAD é a oferta de um benefício para as famílias que não apresentam condições de manterem seus parentes acometidos de mal-estar psíquico em casa. Contudo, tal proposta encontrou barreiras legais pelo fato do Estado não poder sair ofertando dinheiro de forma direta para os beneficiados com a medida.

*Se eu ousar catar
na superfície de qualquer manhã
as palavras de um livro
sem final, sem final,
valeu a pena,
sou pescador de ilusões*

(Pescador de Ilusões, Marcelo Yuka/O Rappa, 1996)

**CAPÍTULO IV - *Associações Civis: algumas experiências na
saúde mental***

CAPÍTULO IV - *Associações Civis: algumas experiências na saúde mental*

Como já assinalado na introdução deste estudo, o processo de redemocratização ocorrido no país apresenta em sua trajetória momentos em que iniciativas societais de mobilização e organização acabavam por colocar novas alternativas de ação política, em detrimento das chamadas formas tradicionais de atuação e representação política - como os partidos políticos, os sindicatos, etc.

A grosso modo, podemos dizer que entre as formas de mobilização e organização societais encontramos as associações civis ou voluntárias. Tais associações seriam decorrentes de processos interativos e aglutinadores levados por atores sociais preocupados em alcançar, através de esforços estáveis, soluções organizacionais frente as suas carências, problemas e objetivos. A força de sua continuidade encontra-se na eficácia de suas atividades e na consecução de seus objetivos.

No geral, a importância da existência de associações civis em sociedades democráticas há muito tempo é enfatizada, pelo fato das mesmas, ao realizarem sua ação, acabarem incorporando, reforçando e difundindo normas e valores da comunidade cívica. (Putnam, 1996). A ênfase em tal fato pode ser encontrada em uma das obras clássicas da ciência política **A Democracia na América**, de Alexis de Tocqueville (1977). Nesta obra Tocqueville atribui grande importância à propensão dos americanos para formar organizações civis e políticas:

“As associações políticas que existem nos Estados Unidos constituem apenas um detalhe do imenso quadro que apresenta ali o conjunto das associações. Os americanos de todas as idades, de todas as condições, de todos os espíritos, estão constantemente a se unir. Não só possuem associações comerciais e industriais, nas quais todos tomam parte, como ainda existem mil outras espécies: religiosas, morais, graves, fúteis, muito gerais e muito particulares, imensas e muito pequenas (...)”

“(...) Assim, o país mais democrático da terra verifica-se ser aquele onde os homens mais aperfeiçoaram hoje em dia a arte de procurar em comum o objeto dos seus comuns desejos (...)” (Tocqueville, 1977: 391-92).

Neste último capítulo trazemos uma análise sobre as associações civis em saúde mental apontando seus aspectos gerais e formais. Procurou-se observar os mecanismos de ação das associações na execução de estratégias de defesa dos interesses comuns a todos os seus membros. Desta maneira, as associações acabam estabelecendo e acumulando um conjunto de práticas, condutas e estratégias de ação que poderíamos denominar de capital organizacional.

Associações de Usuários e Familiares: registro de uma ação política

As Associações e a Luta Pela Cidadania do Doente Mental

O que se observa no debate acerca do resgate da cidadania do doente mental é o confronto entre duas lógicas de enfrentamento do mal-estar psíquico. Uma difunde o resgate da cidadania através da produção de novos processos culturais não contaminados pela cultura manicomial no enfrentamento da loucura. Nesta a comunidade/sociedade tem papel relevante. A outra, possui uma visão biologizante da doença mental, que se fundamenta na defesa dos espaços asilares e da terapêutica farmacológica na cura da doença mental (Lougou, 1995).

Na trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira percebe-se, principalmente, através da literatura, e também na lógica discursiva de seus participantes, a “urgência” de se resgatar ou construir a cidadania para o doente mental. A utilização em nosso argumento dos verbos resgatar e construir, visa estampar uma divergência presente no debate acerca da cidadania do louco, qual seja, alguns autores falam em resgate da cidadania do doente mental. Já outros, questionam a idéia de resgate da cidadania, pois, indagam como resgatar algo que nunca existiu? O louco nunca teve cidadania. É neste sentido, que consideram a conquista da cidadania do louco como uma construção a ser realizada (Birman, 1992; Delgado, 1992a).

Sendo assim, a participação das associações no debate sobre a cidadania do doente mental não poderia deixar de sofrer também influência da divergência estabelecida entre as duas lógicas na compreensão do mal-estar psíquico. Apesar de não apresentarem nas entrevistas posições diretas acerca processo saúde/doença, os representantes das associações entrevistados, contudo, forneceram concepções diferenciadas quanto aos mecanismos de assistência a serem ofertados.

As Associações Civis em Saúde Mental

A escolha das associações já indicadas nas sessões anteriores, para a realização desse estudo, tem como critério inicial o fato de que tais associações, a AFDM²⁴ e a APACOJUM, possuem assento no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A escolha da SOSINTRA, deve-se ao fato da sua importância histórica, pois foi uma das primeiras associações organizadas no campo da saúde mental tendo como objetivos oferecer suporte afetivo e social aos familiares de doentes mentais. Contudo, atualmente, encontra-se numa fase de reestruturação e reorganização de suas atividades.

²⁴Esta associação também possui representantes em quase todos os Conselhos Distritais de Saúde (situados nas APs) do município do Rio de Janeiro, mais precisamente em 07 Conselhos entre os 10 existentes.

Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho - SOSINTRA

A SOSINTRA, de acordo com o seu estatuto, teve a sua inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do Rio de Janeiro sob o número 53.373, livro nº A-20, em 16 de fevereiro de 1979. Há de se destacar que, além do seu papel histórico, a escolha da SOSINTRA, enquanto componente desse estudo, deu-se também pelo fato de apresentar já em seu início um esforço em estabelecer uma discussão acerca dos problemas relacionados à doença mental e seus efeitos e implicações, tanto em relação aos doentes - ou problematizados, expressão utilizada pela associação -, quanto aos familiares.

“A associação surgiu em 1979 idealizada e fundada por Anador Bentes e Ivete Braga Costa Pinto, já falecidos, infelizmente, grandes empreendedores desta iniciativa aqui que foi a primeira associação de familiares do Brasil, mais tarde vieram se juntar a ela os usuários. Mas a motivação do surgimento desta associação foi congregar familiares que se sentiam perdidos e sem auxílio para poder um ajudar o outro no sentido de descobrir uma maneira mais eficaz, uma maneira mais humana, mais digna de cuidar do seu filho ou de seu parente enfermo” (Entrevista II).

Pode-se interpretar, num primeiro momento, que a ação política desta associação está orientada para a instauração de laços de solidariedade e ajuda mútua entre os seus membros ou para com as pessoas que sofrem dos mesmos problemas mas que não possuem apoio. Num segundo momento²⁵, para alcançar seus objetivos, a SOSINTRA buscou dialogar com outros setores da sociedade civil, como foi o caso da parceria com CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais. Esta parceria, a título de exemplo, realizou um ciclo de palestras no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), em novembro de 1983, sobre “A Readaptação Social do Doente Mental” que foi editado, em 1985, sob o mesmo título pelo CBCISS em **Reabilitação - Coleção Zeni Miranda**, nº 6, ano 5. Outro evento realizado em conjunto foi o curso “É Possível a Integração Social do Esquizofrênico”, também editado pelo CBCISS na mesma coleção sob o nº 7, ano 10.

Ao realizar uma análise sobre as associações de usuários e familiares enquanto um dos atores da Reforma Psiquiátrica brasileira, Paulo Amarante (1995) faz o seguinte registro sobre a SOSINTRA:

“A SOSINTRA é criada a partir da necessidade de familiares encontrarem formas melhores de lidar e participar do tratamento de seus ‘problematizados’, expressão alternativa para referir-se aos doentes, proposta por essa sociedade.” (Amarante, 1995: 128-129).

²⁵O fato de estabelecermos um primeiro e segundo momentos não se refere a realização de fases que se sucedem. Na verdade tais características da ação política da associação se realizam de forma conjunta e

A SOSINTRA ao apresentar a expressão *problematizados*, procura definir o doente mental como um portador de uma doença como qualquer outra (Amarante, 1995). A escolha da SOSINTRA pauta-se também pela sua importante participação em dois eventos preparatórios à I Conferência Nacional de Saúde Mental: o I Encontro Estadual de Saúde Mental, em 1986, e a I Conferência Estadual de Saúde Mental, em março de 1987 (idem, ibidem). Nestes a SOSINTRA foi representada por delegados e elaborou documentos que ajudaram a subsidiar, em parte, estes eventos.

“Nós participamos também em 1987 da I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Brasil, esta conferência foi muito importante porque nós éramos a única sociedade de familiares presente” (Entrevista II).

Atualmente a diretoria da SOSINTRA realiza reuniões mensais, geralmente em espaços cedidos pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ, para discutir a situação em que se encontra a entidade. Devido a um esvaziamento em seu quadro de participantes o grupo vem tentando buscar, via um processo de reestruturação organizacional, formas de superar o quadro atual de baixa participação. As reuniões realizadas apresentam um pequeno número de participantes, em sua maioria mulheres, contando entre 05 à 10 pessoas. Na atual conjuntura, as reuniões apresentam poucos relatos de situações dos casos individuais, geralmente, tem-se como pontos centrais de discussão os problemas relacionados à reorganização da associação, como contatos realizados,

integrada. Nota do autor.

atividades a serem realizadas, relato de participação em algum evento, informe sobre algum convite feito à associação.

A diretoria da associação vem tentando conquistar novas adesões para a entidade mas esbarra em problemas de infra-estrutura, como a falta de uma sede própria que facilite as reuniões e sirva de referência logística para os interessados em participar da associação. Além de se encontrar com a dificuldade de falta de quadros que levem adiante a proposta da associação, a SOSINTRA enfrenta problemas com a burocracia em sua tentativa de conseguir - via cessão - um lugar para sua sede. Outra dificuldade encontrada pela associação, apesar de silenciosa é extremamente perversa, que é a questão do estigma, da discriminação:

“Outra dificuldade encontrada é o estigma que essa sociedade tem contra o doente mental, justamente por esse estigma e preconceito contra o doente mental, que a SOSINTRA tem dificuldade de congregar familiares, porque eles não se interessam pela luta e têm vergonha de ter um parente doente, e querem ver a coisa pronta, querem a casa pronta ao invés de se engajarem pra lutarmos juntos no objetivo de conseguir a casa e melhorias para a vida do doente mental” (Entrevista II).

Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil - AFDM

A AFDM de fundação recente, surge em maio de 1991, no Rio de Janeiro, pela ação de familiares cuja a motivação foi a preocupação com os efeitos da aprovação do Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989. Cabe neste momento realizar um adendo. Este projeto de lei propõe a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição gradativa por recursos territoriais e assistenciais extra-hospitalares e regulamenta a internação compulsória. Tal projeto tem em vista contribuir para a proposta da Reforma Psiquiátrica em andamento no país. Contudo cabe aqui discorrer sobre a sua atual situação. Após a sua apresentação na Câmara de Deputados o projeto ficou um longo tempo em tramitação. O projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados em dezembro de 1990, chegando à Comissão de Assuntos Sociais do Senado em abril de 1991. Nesta Comissão acabou sofrendo uma série de *lobbies* de donos de clínicas privadas, de profissionais contrários aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e de alguns familiares, representados pela AFDM.

No Senado o projeto Paulo Delgado acabou ganhando um substitutivo do Senador Lúcio Alcântara que visava, de alguma forma, reverter o quadro enfrentado pelo projeto original na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, sem comprometê-lo em seus ideais de garantia da substituição gradativa dos recursos hospitalocêntricos em saúde mental. Contudo, em novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou, por 18 votos a 4, o voto em separado do Senador Lucídio Portella.

O projeto de Portella ao rejeitar o tom antimanicomial do projeto original, acabou descaracterizando-o na medida em que incluía o hospital psiquiátrico como um dos estabelecimentos de tratamento de doenças mentais (Souza & Moreira, 1996: 25). Sobre esta primeira “derrota” do Projeto Paulo Delgado a representante da AFDM apresenta a seguinte posição:

“O Projeto Delgado não passou por causa da gente, o Projeto Delgado não passou especificamente por causa da AFDM (...)”

“E lá no Senado nós fomos, levamos famílias, e não passou. Nós conversamos com os deputados, mostramos nosso depoimento, levamos família mesmo e não passou. Foi a maior vitória da AFDM, o Projeto Paulo Delgado que não passou, única e exclusivamente por causa da AFDM, de nenhuma outra associação não. E a AFDM daqui do Rio, a do Rio, a nossa” (Entrevista V).

Percebe-se nesta passagem que o tom dado pela postura da AFDM frente ao Projeto de Lei do Paulo Delgado reafirma claramente a sua posição de *veto points*, em arena decisória, no caso o legislativo, dificultando a constituição de uma agenda de política social contrária aos seus interesses e de seus representados. Antes de seguirmos, cabe avisar aos críticos de plantão que não desconhecemos que neste contexto de veto se realiza amplos arranjos de pressão e de defesa de

interesses, aglutinando forças reconhecidamente contrárias à matéria em questão.

Mas apesar deste esforço realizado pela Associação, o Projeto do deputado Paulo Delgado acabou sendo aprovado, com algumas modificações, em janeiro de 1999. O projeto ganhou um novo texto do senador Sebastião Rocha (PDT-AP) e voltará para nova votação na Câmara dos Deputados. Com o novo texto de Sebastião Rocha fica modificado o dispositivo que determinava que a alta e a reabilitação dos doentes teria de ser acompanhada pelo Ministério Público. Outro ponto modificado foi a manutenção do hospital psiquiátrico, não os de caráter asilar, como dispositivo de tratamento da doença mental.

Após o adendo acima, voltemos à AFDM. A escolha desta associação, além dos motivos assinalados, justifica-se por esta apresentar um posicionamento contrário, como ficou bem exemplificado na citação da representante na página anterior, o que lhe dá um perfil de comunidade de veto, ao processo de desinstitucionalização dos serviços asilares, proposto pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e defendido pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Esta associação quando do seu surgimento denominava-se Associação de Familiares de Doentes Mentais. Atualmente, já não se apresenta sob esta denominação, para este fim, apresenta-se como Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil.

Considero que este fato constitui em si um indicador de uma estratégia de ampliação do leque de adesão. A condução de sua ação política está voltada, não só para a difusão de suas propostas e de seus

ideais, como também a consecução de uma maior amplitude da sua visibilidade política perante a sociedade, possibilitando assim, arregimentar simpatizantes e parceiros políticos nas mais diversas áreas do corpo social.

Apesar dos indícios ainda não serem muito claros, acredito que tal estratégia de alcançar maior visibilidade social está associada a uma visão mais ampla da necessidade de se obter um reconhecimento, em nível nacional, de sua ação política, viabilizando, assim, a participação desta associação em instâncias decisórias em âmbito nacional, como a Comissão Nacional de Saúde.

Em suas críticas, a AFDM argumenta que o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica ao provocar uma redução no número de leitos, acabou levando a uma privatização dos mesmos sem oferecer nenhuma outra forma de serviço em troca. Para esta associação o que deve ser feito é, ao invés de reduzir o número de leitos, realizar o que denomina de “serviços assistenciais complementares”, como bem assinalam:

“O que a AFDM defende é a complementaridade das instituições, ou seja, uma complementa o trabalho da outra, de acordo com o estado de saúde de cada doente. A maior parte dos doentes não precisa de internação, mas precisa de tratamento!”
(AFDM, 1994: 02).

Ou seja, aos serviços atuais devem ser incorporados outras formas de atendimento - como centros de convivência, pensões comunitárias, lares abrigados, hospital-dia - tanto público quanto privado, mas que tenham no hospital psiquiátrico seu principal componente de ação terapêutica.

Segundo informações obtidas nas reuniões em que participamos, assim como através da entrevista realizada, atualmente a AFDM conta com um cadastro de 5.800 associados. Tal número de associados reforça um dado construído nas participações realizadas junto às reuniões da AFDM, qual seja: esta associação vem tendo a sua ação política orientada por uma estratégia de arregimentação de simpatizantes extremamente ampla. Tem como dinâmica a realização de reuniões gerais mensais abertas a qualquer pessoa interessada a participar.

O número de pessoas nas reuniões em que participei²⁶, foram em número de três, girou em torno de 30 a 50 participantes. Na maioria destas reuniões a associação adota a estratégia de estar presente quase todo o seu *staff*, com a falta de um ou de outro membro. As reuniões apresentam uma dinâmica diversificada e envolvente com momentos específicos, por isso apresentam uma espécie de rodízio em sua condução. Enquanto um rito, as reuniões se estruturam da seguinte forma: primeiro, é apresentada a associação aos participantes novos.

²⁶Cabe mencionar que apesar da boa receptividade inicial apresentada por alguns membros desta associação, em que se mostraram interessados a respeito do estudo que se realizava, ao fim da terceira reunião na qual participava, um dos seus diretores solicitou-me a gentileza de não comparecer mais as reuniões pois a presença de um observador acabava inibindo a participação dos presentes, o que incomodava alguns membros do *staff* da associação. Mesmo reconhecendo a pertinência de tal solicitação, contudo avalio que o acompanhamento junto a essas estruturas associativas não tradicionais, apesar de ainda turvo, mostram-se sociologicamente extremamente interessante, rico em nuances das ações políticas, de dados organizacionais, de configurações de aliança, de reafirmação de direitos sociais e mesmo de representação de interesses. Que

Depois, há uma apresentação geral de todos os participantes, sendo que cada um fala de seus problemas ou do motivo que o levou a procurar a associação. Neste momento interagem falas de conforto e de reafirmação solidária via a menção de caso similar. A direção da associação quase sempre se coloca disposta para auxiliar na busca de solução ou atenuação do problema trazido pelo participante. Outro momento é a colocação de informes gerais, tanto os pertinentes a algum fato relacionado ao quadro associativo como os relacionados aos problemas da assistência em geral. Também há informes sobre atividades culturais, de lazer (churrasco, festas, etc.).

As reuniões são conduzidas de forma descontraída, sem deixar de colocar a seriedade de alguns casos. Ao final de algumas reuniões é realizado algum tipo de brincadeira de integração e descontração entre os participantes. Quase sempre as reuniões são finalizadas com a realização de um lanche coletivo, pois, alguns participantes, geralmente os mais antigos e os membros do *staff* da associação, levam salgadinhos e bolos para a reunião. Este dado em sua simplicidade apresenta uma forte sinalização acerca do estímulo participativo: a construção e estabelecimento de laços de familiaridade efetivos e afetivos.

Na IV Conferência Municipal de Saúde, podemos apontar como um importante momento de ganho de visibilidade política da AFDM, assim como um sinal de profissionalização de seus dirigentes, a participação de sua representante, primeiramente, na coordenação do painel nº 2, intitulado “Assistência Pré-Natal, ao Parto, Pós-Parto e ao Recém-Nascido”, como representante do COMS. Em segundo, a

se habilitem os interessados!

representante da AFDM, em conjunto com a representante da APACOJUM, conduziram os trabalhos da plenária do segmento dos usuários.

Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira - APACOJUM

A APACOJUM foi fundada em 30 de maio de 1992, na Colônia Juliano Moreira que fica em Jacarepaguá, bairro do Rio de Janeiro, por um grupo de familiares de pacientes internados na Colônia. Estes familiares foram estimulados por técnicos da instituição a fazerem uma associação que reunisse “todo mundo” (sic), familiares, pacientes e técnicos. Contudo os familiares não concordaram inicialmente com a participação dos técnicos, pois acreditavam que estes acabariam conduzindo a associação. Tal estímulo por parte dos técnicos teve como elemento indutor o fato dos familiares reclamarem que durante as visitas não obtinham informações à respeito da situação dos seus pacientes por parte dos plantonistas. Contudo, apesar deste dado, a principal motivação para a constituição e a participação na associação foi a preocupação com as condições da assistência prestada aos seus parentes internados na Colônia.

Desde da sua fundação a associação encontra-se instalada numa sede provisória, que fica situada em uma sala do prédio da direção da Colônia Juliano Moreira, que à época da fundação da associação

encontrava-se sob administração federal²⁷. Esta sede foi cedida pelo então diretor da Colônia, à época o Dr. Laerth Thomé.

A APACOJUM tem seu estatuto registrado no Registro Civil das Pessoas Jurídicas sob o nº 122019, tendo uma diretoria composta por 10 diretores (incluindo o presidente) além dos suplentes. A diretoria costuma se reunir, em reuniões ordinárias, no último sábado de cada mês. A atual presidente desta associação, Sra. Iracema Polidoro, é membro representante, na qualidade de suplente, dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo este o seu segundo mandato pela associação.

A APACOJUM possui um quadro associativo que registra 131 associados. Entretanto, deste contingente apenas cerca de 30 membros contribuem de forma regular com uma taxa de R\$ 2,00 por mês para a manutenção da associação.

A associação mantém com muitas dificuldades, um Boletim Informativo, cuja periodicidade, apesar de irregular, é de 6 meses. Este boletim acabou tendo um papel importante no episódio das mortes de pacientes na Colônia no ano de 96. O Boletim tem na sua composição uma seção que informa o número de óbitos de pacientes da Colônia. As informações são fornecidas pelo Setor de Arquivo Médico (SAME). Então foi através desta seção que alguns membros da associação passaram:

²⁷Em 1996 tem-se início o processo de municipalização da Colônia Juliano Moreira, passando a responsabilidade da sua administração da esfera federal para a municipal. Atualmente denomina-se Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Cabe ressaltar, que no processo de municipalização a APACOJUM apresentou-se de forma atuante acompanhando as discussões em todo o seu processo.

“a perceber, através dos meses, que começou a aumentar o número de óbitos. No mês de fevereiro para março chegamos a ter 30 óbitos em um mês. Isso aí nos causou uma surpresa muito grande e começamos a denunciar. Começamos a ir perante ao médico, o diretor da Colônia na época, e ele justificava que os pacientes eram idosos, que seria uma coisa normal, então nós brigamos aí, que não pode ser normal ter 30 mortes num mês, não é normal. Então a associação de funcionários da Colônia botou a boca no mundo, que são todos médicos psiquiatras, eles tinham como provar, nós não tínhamos e foi feito a denúncia muito grave e chegaram a conclusão de que o problema foi muito sério porque houve uma infecção hospitalar” (...) (Entrevista I).

Seguindo sua orientação, desde quando da sua fundação, a APACOJUM, até o ano de 1993 tinha sua atuação fundamentalmente voltada para as questões internas relacionadas aos pacientes da Colônia. Este dado reforça o ponto de vista colocado na sessão de considerações finais acerca de uma das características das associações, que é ter a sua atuação em torno de serviços. No mesmo ano de 93, a atuação política da associação começa a se expandir, indo além dos muros da Colônia, com a participação de alguns de seus membros no I Encontro de Usuários e Familiares realizado durante o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador. É o momento em que se inaugura a estratégia da associação de participar nos fóruns

inerentes ao campo da saúde e, principalmente, do campo da saúde mental.

Formatos institucionais, similitudes e diferenças: transpassando os perfis institucionais

A apresentação desta sessão tem por objetivo dar conta de algumas questões assinaladas no Capítulo I - Procedimentos Metodológicos e Conceitos - sobre quais seriam as percepções das associações acerca de temas como doença mental, saúde mental, loucura, reforma psiquiátrica, etc.

Contudo, cabe colocar que, por sua iniciativa inaugural, este estudo pode ter deixado de contemplar satisfatoriamente algumas das questões. Mas, certamente, as questões contempladas sinalizam pontos interessantes para a compreensão do surgimento e continuidades das entidades aqui caracterizadas.

Outro intuito desta sessão é a tentativa de traçar os perfis institucionais das associações. Este intento pode-se mostrar como uma tarefa bastante hercúlea mas extremamente desafiadora em sua execução. Há que se considerar que as associações apresentam pontos de tangência, como as motivações de constituição, os objetivos da ação política. Contudo, por certo, a realização e efetivação de sua ação política percorrem caminhos distintos até alcançarem o grau atual de inserção nas instâncias decisórias do campo das políticas de saúde.

Para ilustrar, pode-se observar abaixo o quadro I, onde se encontram interpretações acerca dos temas colocados aos membros das associações entrevistados.

O item comunidade epistêmica compõe o quadro I por acreditarmos ser importante esquadrihar a sua presença em trechos das falas dos entrevistados, mesmo não tendo sido estimulada opinião a respeito de tal tema (como já assinalado na sessão sobre os procedimentos metodológicos e conceitos).

Quadro I

Grade Temática das Entrevistas

Atores Associações	Comunidade Epistêmica	Relevância Associações	Reforma Psiquiátrica	Estratégia de Intervenção
AFDM	<p>“Eu acho que à Reforma Psiquiátrica tá faltando humanidade, ciência, e muito menos ideologia. Inclusive veja bem, hoje em dia todo mundo acha que tem que dar palpite na área, as vezes até quem nem é da área de saúde mental, (...) hoje em dia virou moda falar da saúde mental”.</p> <p>>Análise: A idéia de comunidade epistêmica aparece aqui diluída nos seguintes aspectos: quando fala que falta ciência na reforma a crítica se orienta pela compreensão de que o processo da reforma não é conduzido por critérios científicos mas ideológicos, e partidários, que se tem política na saúde e não política de saúde. Que neste processo outros saberes menos especializados, parte da visão de que para falar sobre saúde mental tem que</p>	<p>“É um papel a ser ocupado e com muito valor. Eu, pelo que eu entendo de Brasil, acho infelizmente que eu não vou ver uma associação a nível de uma NAME independente, forte, íntegra, cumprindo efetivamente seu papel na sociedade”.</p> <p>“Já vejo sim fora da saúde mental uma conscientização muito maior do que dentro da saúde mental, muito maior mesmo, a saúde mental ainda está muito, hiper mesmo dentro da fase embrionária, da fase fetal, quanto em relação às associações da saúde como um todo.”</p> <p>>Análise: Esta perspectiva de desvalorização do papel das associações na saúde mental mostra a coerência da ação política desta associação, pois considera que as associações em saúde mental não possuem uma conscientização acerca</p>	<p>“Eu acho que é unanimidade nacional que haja uma Reforma Psiquiátrica. (...) “Agora eu acho que o que tá havendo é uma inversão de valores, tão colocando a carroça na frente dos bois. Além disso também estão fantasiando, mentindo muito com relação às complementariedades que estão surgindo. Se você pega determinados livros, já existem tanto CAPS, tantos NAPS, eu duvido, (...) “Eu acho que primeiro nós deveríamos criar as complementariedades e na medida que as complementariedades forem surgindo os leitos vão sendo automaticamente desativados,” (...) “O que você vê de doente mental na rua não tá no gubi. Então eu sou contra esta reforma da forma como ela está sendo implantada, está totalmente errada.” (...) “Não é isso que a gente quer, somos contra a Reforma</p>	<p>“Nós somos rolo compressor”</p> <p>>Análise: Esta afirmação bastante emblemática acerca da interpretação dada neste estudo a respeito das associações. Mostra uma conduta plenamente ativa frente ao embate que se propõem, ser opositora de um processo o qual julga ser equivocado em suas intenções.</p>

ser um saber especializado, de seu papel e por isso científico, a ciência algumas acabaram fazendo o jogo dos burocratas que estão no poder.

Psiquiátrica como ela está sendo implantada, se ela for planejada, técnica, humana, científica, com a nossa participação, que a gente tá pra somar (...). “A gente é contra (...) a Reforma Psiquiátrica brasileira, o principal erro dela é que ela está única e exclusivamente centrada na diminuição dos leitos hospitalares.”

>**Análise:** É interessante perceber nestas considerações uma linha condutora no raciocínio que é muito próxima ao que Albert Hirschman (1992) denominou de Tese da Perversidade. Esta tese tem como centro o argumento de que a ação proposta ou intencionada é mal concebida, pois produzirá, através de uma cadeia de conseqüências não intencionais, exatamente o oposto do objetivo proclamado. Sendo assim, vislumbro uma similitude com tal tese nesta concepção apresentada pelos opositores da agenda proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

<p>APACOJUM</p>	<p>“(…) eles os técnicos é que viram essa necessidade de fazer uma associação para que nós pudéssemos estar todo mundo junto”.</p> <p>>Análise: O estímulo à criação da associação por parte dos especialistas sinaliza adesão às formulações dos intelectuais do movimento.</p>	<p>“Eu acho que a associação, todas as associações, são muito importante, tanto de parentes, de familiares, como de usuários eu acho que é muito importante, porque uma pessoa sozinha, pessoa física não pode fazer nada, mas uma associação registrada (...) em cartório (...) representa juridicamente, e aí tem força”.</p> <p>“Eu acho sumamente importante dentro da Reforma Psiquiátrica a participação das associações”.</p> <p>>Análise: A visão aqui colocada é de que o sucesso de uma ação reivindicatória ganha possibilidades de ganho real via a institucionalização da capacidade organizativa da associação.</p>	<p>“nós participamos de todos os eventos que tem, a reforma psiquiátrica e a lei Paulo Delgado, (...) a luta antimanicomial, todas as reuniões, (...) todos os congressos, seminários”.</p> <p>>Análise: intervenção via aprimoramento da ação política e adesão da agenda</p>
<p>SOSINTRA</p>	<p>“(…) foi um movimento que eu chamo de verticalizado, de cima para baixo, porque primeiro começaram os profissionais engajados”.</p> <p>>Análise: Condução e produção de uma agenda de consenso por parte de uma comunidade epistêmica</p>	<p>“nós atuamos no sentido de fazer pressão para que sejam formuladas leis que venham garantir os direitos dos usuários, dos doentes mentais e dos familiares”.</p> <p>>Análise: funcionamento como grupo de pressão sobre os formuladores da política. Estabelecimento de uma</p>	<p>“(…) este é um longo processo (...) aqui no Brasil começou em meados da década de 70, foi um movimento que eu chamo de verticalizado, de cima p/ baixo, porque primeiro começaram os profissionais engajados”.</p> <p>“As propostas sempre foram (...) a favor do doente mental, de atenção do governo e do estado para com os doentes, nossa contribuição sempre foi sempre dentro desse esquema de Conferência Nacional, Municipal e Estadual de Saúde, nós tomamos parte em todas elas”.</p>

agenda diferenciada da
agenda oficial.

> **Análise:** via da participação
nos fóruns como forma de
interação e adesão

Com o quadro acima percebe-se o papel da comunidade epistêmica tanto na indução, na criação ou na confecção da agenda colocada por algumas associações, assim como, na conformação de argumentos contrários ao conteúdo de tal agenda.

O processo organizativo das associações é conduzido por elementos de constituição de laços de solidariedade e ajuda mútua. Duas das associações listadas acima apresentam um comportamento de adesão à agenda de inovações da assistência tanto colocada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como pela proposta do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. A outra associação caracteriza-se enquanto uma comunidade de veto em relação à mesma agenda.

O regime de direção na maioria das associações é presidencialista, contando um com conselho consultivo. Contudo, algumas encontram dificuldades na sucessão de seus quadros de direção, por isso, algumas delas apresentam um rodízio entre os membros que já estiveram ou estão na direção das associações, na sua maioria fundadores.

As associações apresentam elevado grau de autonomia política, mas, em compensação, apresentam baixa autonomia financeira devida, em parte, à baixa capacidade contributiva dos associados. Tal fato acaba levando as associações em busca de doações das mais diversas formas.

Quanto em relação a compreensão acerca das questões sobre o processo saúde/doença, loucura, os entrevistados assinalaram que tal processo não teria uma causa específica. A visão que a maioria

colocou, acerca da loucura, foi que esta teria várias causas, que há a conjugação tanto de valores biológicos quanto ambientais. Neste sentido, o que se conclui é que a interpretação dada pelas as associações acerca da loucura é que esta seria extremamente complexa, e que as suas causas seriam de ordem biopsicossocial.

Podemos considerar que o que difere no posicionamento político das associações é em relação à concepção acerca das formas de tratamento. Basicamente, as associações de familiares, mesmo reconhecendo as incorreções do tratamento do tipo asilar, vêem ainda no espaço hospitalar o recurso necessário ao atendimento do doente mental em momentos de crise. Tal posição está relacionada ao fato, segundo os familiares, de ocorrer um grande desgaste para família quando surge a crise, além de existirem riscos de sofrerem agressões do familiar doente. Já as associações de usuários creditam aos mecanismos de tratamento de características não asilares o sucesso da intervenção terapêutica.

Fechando esta sessão da panorâmica geral que se tem acerca das associações acompanhadas nesta dissertação, apresentamos características e observações interessantes que podem ser acompanhadas no quadro II a seguir.

Quadro II

Características das Associações de Familiares e de Usuários

Características	SOSINTRA	AFDM	APACOJUM
Fundação	1979	1991	1992
Número de Filiados à época da coleta do dado	Baixo número de participantes. Sem informação sobre filiados no passado.	5.800	131
Publicações	No momento não apresenta. Realizou duas publicações em conjunto com CBCISS.	Editou os jornais A Razão e o AFDM Notícias . Periodicidade irregular.	Boletim Informativo de periodicidade, irregular, semestral
Composição*	Mista com maior presença de Familiares	Mista com maior presença de Familiares	Mista com maior presença de familiares
Sede	Não possui	Sala alugada no centro da cidade	Sala cedida no Inst. Mun. de Assist. à Saúde Juliano Moreira
Grau de renovação de quadros	Baixo	Médio	Baixo
Orientação da ação política	Adesão à agenda da Reforma Psiquiátrica	Posição de veto à agenda atual da Reforma Psi-quiátrica	Adesão à agenda da Reforma Psiquiátrica
Participação em arena	No momento não participa em nenhuma arena	Participação no COMS e em 07 Distritais	Participação no COMS

* Em relação a este item a grande característica encontrada é a presença maciça de mulheres entre os membros e lideranças das associações.

Apesar deste estudo estar relacionado à ação política de associações em uma dimensão local, percebeu-se através dos diversos relatos que o surgimento de entidades voltadas para a defesa de direitos e dos interesses dos usuários e dos familiares tomou um caráter organizativo de maneira sistemática em todo o país. Outro ponto extremamente peculiar refere-se a característica de constituição das associações. Em outros países geralmente as associações de usuários se organizam tanto em oposição ao modelo tradicional de

atenção em saúde mental, como foi o caso do movimento holandês de oposição (Haafkens et alli, 1986: 185), assim como realizam uma crítica a postura dos familiares pois, compreendem, que uma área em que permanecem uma série de problemas é a que está referida ao relacionamento entre ambas, como exemplifica a passagem a seguir:

“O relacionamento entre organizações de pacientes e organizações de familiares, geralmente é frágil e cheio de conflito. Pacientes muitas vezes temem se render às mais novas aquisições de auto-estima para membros da família que começarão novamente a agir como seus guardiões. Dentro de organizações em que os membros da família também têm algo a dizer, há uma clara tendência às políticas conservadoras. Os membros da família muitas vezes querem mais remédios, mais médicos, mais hospitais. Isto não é surpresa já que os interesses dos membros da família muitas vezes são incompatíveis com os interesses e necessidades dos próprios pacientes” (Hoorn, 1992: 35).

No cenário internacional a maioria das associações civis em saúde mental são constituídas basicamente por um segmento específico, não apresentando um caráter misto, o que parece refletir uma latente posição antagônica entre os segmentos de usuários e familiares. Exceções quanto a composição das associações encontra-se na Itália, que apresenta tanto associações de familiares, e de usuários, havendo ainda uma grande Coordenação Nacional de Saúde Mental que

congrega associações de familiares, usuários e cidadãos (Giannichedda, 1989).

No Brasil o que se percebe é que o antagonismo entre familiar e usuário encontra-se bastante diluído. Isto está relacionado ao fato de que as associações, em sua maioria, ao surgirem em torno de serviços, acabam apresentando em suas ações políticas alguns momentos de defesa de interesses que lhe são comuns.

No Rio de Janeiro não há associação que seja exclusiva de um segmento específico (usuário ou familiar), sendo assim, em sua maioria as associações são todas de composição mista. É claro, que em algumas encontraremos uma composição que indique características ou mesmo hegemonia de um ou de outro segmento. Outra diferença de organização percebida refere-se ao fato de que a formação das associações no campo da saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, dá-se em torno de patologias, as associações de usuários se formam em torno de patologias.

No caso da saúde mental o que se percebe é uma certa peculiaridade, qual seja: as associações, em momentos e trajetórias distintas, se formam ou tem a sua ação fundamentalmente em torno da assistência, da sustentação de serviços (por isso é que assinalei acima o caráter misto das associações). Este dado não exclui outros fatores de organização como a luta contra o abuso da psiquiatria e da defesa de seus direitos.

“I feel good!!

(I Got You, James Brow, s/d.)

Comentários e Perspectivas: À Guisa de Considerações Finais

Comentários e Perspectivas: À Guisa de Considerações Finais

No momento de finalização deste estudo cabe apontar algumas considerações a título de reflexão. Considero que as associações de usuários e as associações de familiares constituem-se em formas inovadoras de participação política de uma clientela específica. Estes grupos encontravam-se fora das discussões, formulações e implementações das políticas públicas, em um campo de saber que era largamente dominado pelo discurso técnico. No entanto, certamente, este ainda é o dominante. Como bem assinala Mönking (1994) em seu trabalho sobre grupos de familiares de pacientes esquizofrênicos na Alemanha,

“O impacto social das associações de auto-ajuda é substancial. Dentro de pouco tempo, membros passaram a ser integrados no processo de planejamento regional psicossocial; atividades de suporte a outras famílias vem sendo discutidas” (Mönking, 1994: 154).

A ação política das associações põe no cenário do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, através de uma intensa participação política, uma nova voz, um novo tom. Um tom que traz uma racionalidade própria e diferenciada da técnica, sem contudo excluir esta.

É interessante observar, que no campo da assistência em saúde mental é comum ouvir alguns técnicos argumentarem que se estão

dando voz aos pacientes psiquiátricos. Discordo de tal visão. Mais uma vez se constrói a imagem da dádiva, do atribuir. Na verdade o movimento que se faz não é de dar a voz mas sim ouvir as vozes, pois elas sempre estiveram aonde estão, apenas os ouvidos não estavam na mesma frequência. É uma questão de sintonia.

Sobre a pergunta inicial acerca de que como se dava a atuação dos representantes das associações nas sessões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, se apenas de forma restrita às questões de saúde mental, há que se fazer a seguinte inferência: com o acompanhamento das reuniões do Conselho tal dúvida mostrou-se equivocada pois as atuações dos representantes da APACOJUM e da AFDM deram-se de forma efetiva tanto em relação aos temas concernentes ao campo da saúde mental como também apresentaram domínio sobre as questões relacionadas à agenda política setorial da saúde como um todo. A título de exemplo referimos a Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde, de março de 96, em que as representantes da APACOJUM e AFDM foram eleitas - obedecendo o mecanismo paritário entre usuário, gestor e profissional - pelos demais conselheiros para a Comissão Executiva do Conselho como titulares, representando os usuários. Cabe informar do papel relevante da Comissão Executiva do COMS, pois examina a maior parte dos encaminhamentos ao Conselho, preparando os temas que entram na pauta de cada sessão e relatórios referentes às discussões.

Outro sinal de diversificação da atuação dos representantes das associações é a atuação dos mesmos em comissões temáticas não referidas ao campo da saúde mental como pode-se perceber a partir da leitura da Ata da Reunião do COMS, de março de 96, na qual a representante da APACOJUM, além de participar da Comissão

Temática de Saúde Mental, também atuava na Comissão Temática de Saúde da Mulher. Da mesma forma, a representante da AFDM acumulava a participação nas Comissões Temáticas de Saúde Mental e na de Financiamento e Orçamento.

As associações civis em saúde mental, ao realizarem pressão nas instâncias colegiadas, definidoras do rumo das políticas em saúde/saúde mental, via a apresentação de propostas e da defesa de seus interesses, acabam funcionando como *inputs* para os formuladores de política. Neste sentido, tais grupos, ao produzirem estímulos na área das políticas públicas, possibilitam a geração de consenso acerca da agenda reformadora para as políticas de saúde mental presente nas propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. A confecção de tal agenda é estabelecida a partir tanto das demandas sociais quanto das proposições dos especialistas, o que a qualifica como uma agenda híbrida. Compreendo por agenda híbrida esta que é composta pelo fluxo, via mão dupla, de temas apresentados e apreciados entre os definidores de políticas, advindos das propostas das associações civis representadas e pelos gestores/especialistas.

No desenvolvimento deste estudo, o que observamos inicialmente, é que enquanto os atores do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam um discurso em que apontam a AFDM como “braço” ideológico e político dos empresários da loucura, o que se percebe é que esta associação desenvolveu estratégias - como assinalado no capítulo IV - financiadas ou não, de ação política, onde não só conseguiu alcançar alguma visibilidade institucional, como também conquistar aliados/simpatizantes.

Como exemplo, podemos citar o que ocorreu na IV Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizada em novembro de 1997. Nesta Conferência, os segmentos usuários, profissionais de saúde e gestores tiveram as suas assembléias de indicação de representantes para a nova composição do Conselho Municipal separadas.

Na realização da plenária específica de usuários para a indicação das entidades que teriam representantes no Conselho Municipal de Saúde, a AFDM obteve votos de entidades que, teoricamente, estariam ligadas à posições reconhecidamente progressistas (exemplo a CUT, e a CGT). A AFDM recebeu 131 votos a favor na plenária do segmento de usuários, conseguindo a terceira colocação entre as entidades que ficaram como titulares. A APACOJUM recebeu 94 votos a favor, ficando na posição de primeiro suplente. O IFB recebeu 86 votos a favor, o que lhe coube a terceira posição de suplência.

Quais seriam as considerações a realizar frente a este quadro. Podemos arriscar a dizer o seguinte: o que se observou na realização da Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi o erro tático dos defensores do Movimento da Reforma Psiquiátrica, ao não visualizar o fórum da Conferência como arena estratégica na colocação e defesa das propostas do Movimento. Isto se deu pelo motivo de que no mesmo período foi realizado em Porto Alegre um encontro do Movimento da Luta Antimanicomial. Porém o que não pode deixar de ser percebido é o fato de que este encontro em Porto Alegre representa um encontro entre os pares, o que certamente não era a Conferência. Esta sim, *locus* real do embate travado pelas associações, tanto a favor quanto contra. Cabe dizer que para a Conferência Municipal a AFDM colocou 30 delegados e mais ainda cerca de 90 ouvintes. Percebe-se

que a AFDM começou o jogo com 22.90% ou quase $\frac{1}{4}$ dos votos necessários para sua eleição.

Continuando ainda com os acontecimentos da IV Conferência Municipal, as representantes da AFDM e da APACOJUM, como já assinalado, foram escolhidas pela plenária de segmento dos usuários para a coordenação e condução dos trabalhos da plenária. Registre-se também o fato de que a representante da AFDM também coordenou um painel, o de número 2, na IV Conferência Municipal de Saúde intitulado “Assistência Pré-Natal, ao Parto, Pós-Parto e ao Recém-Nascido”, na condição de representante do COMS. Estes fatos além de assinalar uma estratégia de ampliação da visibilidade política das associações, principalmente da AFDM, dentro do campo da saúde também indica um caminho de profissionalização, de amadurecimento político de alguns dirigentes das associações.

Uma conclusão a que chegamos é a de que as associações precisam desenvolver estratégias mais amplas de adesão, visando revigorar seus quadros associativos. Talvez uma forma a ser vislumbrada possa ser a profissionalização de seus dirigentes, sem contudo deixar de lado um pouco do espontaneísmo e da originalidade de suas ações. Diriam alguns teóricos, de que se trataria aqui da institucionalização das organizações, o que realmente pode ser mas, contudo, seria antes de tudo, a afirmação de identidades coletivas e a possibilidade de expansão de fronteiras.

Cabe aqui também dizer que a chamada comunidade epistêmica, principalmente a sua parte de dirigentes, também vêm com preocupação a continuidade ou não das associações. Para os gestores simpatizantes, a ação das associações possibilitou o aprendizado de

perceber nas demandas das associações a sinalização aonde a política encontra-se deficitária. As associações “metem o dedo na ferida” e dizem o que está funcionando ou não. Sendo assim, cabe também ao gestor público viabilizar de forma prática a efetiva participação dessas organizações nas instâncias decisórias, sem o intuito, é claro, de querer capturá-las em prol de suas posições. Possibilitar a participação efetiva de segmentos extracírculos governamentais, não é para o ganho de adesões às propostas oficiais, é mais do que isso: é viabilizar a percepção de sinalizações diferenciadoras de realidades não comuns aos formuladores das assim chamadas políticas públicas.

Uma das perspectivas está relacionada ao fato de que as associações civis em saúde mental vêm demonstrando a intenção de elas mesmas oferecerem estruturas assistenciais diferenciadas do modelo hospitalocêntrico. Tanto a AFDM como a SOSINTRA realizam esforços no sentido de conseguir uma sede ou um espaço físico capaz de receber a instalação de um Lar Protegido. Isto demonstra que as associações, além de lutar por seus interesses nas instâncias decisórias das políticas de saúde e de saúde mental, buscam, elas próprias, ofertar serviços sociais visando atender parte de suas demandas.

O desenvolvimento da dissertação também mostrou que o ideário do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se incorporado à agenda setorial local, conquistando adesões junto aos formuladores e tomadores de decisões, alguns, inclusive, oriundos do Movimento da Reforma Psiquiátrica, acerca das políticas de saúde mental no município. Apesar de algumas decisões e políticas de saúde não passarem pelo Conselho Municipal de Saúde, as associações estudadas mostram-se plenamente confiantes na importância do

Conselho como local de externalização de suas concepções políticas e de suas reivindicações.

O tema associações de familiares e de usuários, devido a sua existência ainda recente, mostrou-se extremamente versátil e rico em nuances acerca da emergência de relações sociais entre os novos atores surgidos, antes excluídos da cena das políticas públicas, com as instâncias decisórias das políticas.

A versatilidade do tema abordado tem a sua prova, ao possibilitar a execução do presente estudo da forma que foi abordado. O desenho da dissertação foi orientado pelo pressuposto de que tais associações teriam o papel de *inputs* para os *policy-making* das políticas de saúde mental. Perante um instrumental advindo da sociologia e da ciência política tal tema mostrou a sua adequação através de caminhos interpretativos consistentes, como a clara posição de sua ação enquanto grupos de interesse.

O tema associações também mostrou, que através de suas peculiaridades, seria plenamente possível a realização de outras abordagens, outras linhas interpretativas. Para ilustrar, afirmo que seria possível realizar um corte interpretativo, acerca da ação política das associações, via a construção de laços de solidariedade e ajuda mútua. Ou talvez, abordá-lo via a interpretação das relações de gênero, visto que a composição das associações é marcadamente feminina, que algumas são lideradas por mulheres, que há amplos relatos de abandono dos maridos frente aos problemas causados por ter um familiar acometido de sofrimento psíquico, etc.

Há também a possibilidade de serem interpretadas enquanto constituição de uma rede de superação de estigma, com uso de mecanismos de discriminação positiva. E certamente, outros pesquisadores haverão de identificar outros recortes, outros focos de abordagem. Isto é possível.

Referências Bibliográficas

- ALVES, Domingos S. N. 1996. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Texto apresentado no Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (V), Roterdã – Holanda, mimeo.
- AMARANTE, Paulo D. C. 1992. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: (M. Kalil, Org^a.), *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.
- AMARANTE, Paulo D. C. 1997. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: (S. Fleury, Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- AMARANTE, Paulo D. C., et alii. 1995. *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.
- ARRETCHE, Marta T. S. 1995. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *Boletim Informativo Bibliográfico (BIB)*, nº 39, 1º sem., pp. 03-40, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS.
- BASTOS, Aduari. 1981. Os pacientes estão de olho. *Rádice*, ano 4, nº 15, abr. Rio de Janeiro.
- BILAC, Olavo. 1905. No Hospício Nacional - uma visita á secção das creanças. *Kosmos*, Anno II, nº 2, fev., Rio de Janeiro: oficinas.
- BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. 1994. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: *Psiquiatria*

- Social e Reforma Psiquiátrica*. (Paulo Amarante, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BIRMAN, Joel. 1992. A cidadania tresloucada - notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: (B. Bezerra & P. Amarante, orgs.), *Psiquiatria sem Hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, pp. 71-90, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; & PASQUINO, Gianfranco. 1995. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora UNB, 8ª Edição.
- BOURDIEU, Pierre. 1982. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. 1998. *Reforma do Estado para a Cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Editora 34; Brasília: ENAP.
- CAPLAN, Gerald. 1980. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar
- CARDOSO, Ruth C. 1997. Fortalecimento da sociedade civil. In: (E. Ioschpe, org). *3º Setor - desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- CASTEL, Robert. 1987. *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- CASTRO, Maria H. G. 1991. Interesses, organizações e políticas sociais. *Boletim Informativo Bibliográfico (BIB)*, nº 31, pp. 17-48, Rio de Janeiro.
- COSTA, Nilson do Rosário & MELO, Marcus André B. C. 1995. A difusão das reformas neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: (E. Reis, M. Almeida & P. Fry, orgs.),

Pluralismo, Espaço Social e Pesquisa. São Paulo: HUCITEC / ANPOCS

- COSTA, Nílson do Rosário. 1996. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 - a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: (N. Costa & J. Ribeiro, orgs.), *Política de Saúde e Inovação Institucional - uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- COSTA, Nílson do Rosário. 1998. Cidadania, singularidade e inovação. In: (P. Amarante, org.), *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª edição.
- CUNILL GRAU, Nuria. 1996. A rearticulação das relações Estado-Sociedade: em busca de novos significados. *Revista do Serviço Público*, ano 47, vol. 120, nº 1, jan-abr. Brasília: ENAP
- DELCOURT, Jacques. 1992. Globalisation de l'économie et progrès social: L'Etat social à l'heure de la mondialisation. *Revue Futuribles*, avril.
- DELGADO, Pedro G. G. 1992. *As razões da tutela - psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- DELGADO, Pedro G. G. 1992a. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. *Saúde em Debate*, nº 35, jul. Londrina: CEBES.
- DELGADO, Pedro G. G. 1997. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. In: *Saúde em Foco - informe epidemiológico em saúde coletiva. Saúde Mental: a ética de cuidar*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde.
- DRAIBE, Sônia Míriam. 1990. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: *Para a Década de 90 - Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas*. Políticas Sociais e Organização do Trabalho, 4, Brasília: IPEA/IPLAN.

- DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. 1988. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 6, vol. 3, São Paulo: ANPOCS.
- FAGUNDES Jr., Hugo Marques & LIBÉRIO, Madalena Amado. 1997. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro - estratégias de construção e desconstrução. In: *Saúde em Foco - informe epidemiológico em saúde coletiva. Saúde Mental: a ética de cuidar*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde.
- FAGUNDES Jr., Hugo Marques. 1997. Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial na Cidade do Rio de Janeiro. In *Rede, Território e Atenção Psicossocial: informações demográficas e sócio-econômicas sobre as regiões atendidas pelos CAPS de Campo Grande e Santa Cruz - Relatório Preliminar I*. Rio de Janeiro: IFB/IMASJUM.
- FERNANDES, Rubem C. 1997. O que é o Terceiro Setor? In: (E. Ioschpe, org.) *3º Setor - desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- GIANNICCHEDDA, Maria G. 1989. A Normality for us Without Confinement for Them: Notes on the Associations of Families of the Mentally Ill. *The International Journal of Social Psychiatry*, 35(1): 62-69.
- GOLDBERG, Jairo. 1994. *A clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- GOMES, Maria Paula C. (1999). *A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- HAAFKENS, J.; NIJHOF, G. & VAN DER POEL, E. 1986. Mental Health Care and He Opposition Movement in the Netherlands. *Social Science & Medecine*, 22(2): 185-192.
- HOORN, Ed Van. 1992. Changes? What changes? The views of the european patients' movement. In: *The International Journal of Social Psychiatry*, 38(01): 30-35.
- IMMERGUT, Ellen. 1992. Institutions, veto points and policy results: a comparative analysis of health care. In: *Journal of Public Policy*, nº 4, pp. 3.391-416.
- KING, Desmond. 1988. O Estado e as estruturas sociais de Bem-Estar em democracias industriais avançadas. In *Revista Novos Estudos - CEBRAP*, nº 22, São Paulo.
- LENHARDT, Gero & OFFE, Claus. 1984. Teoria do Estado e Política Social - tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- LOUGON, Maurício & ANDRADE, Márcia Schmidt. 1995. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(10): 515-518. Rio de Janeiro: ECN-Editora Científica Nacional Ltda.
- MEDICI, André Cezar. 1995. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In (S. Piola & S. Vianna, orgs.), *Economia da Saúde - conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Rio de Janeiro: IPEA
- MELLO, Marcus André B. C. 1991. Interesses, atores e ação estratégica na formação de políticas sociais: a não-política da casa popular 1946/1947. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 15, ano 6. São Paulo: Edições Vértice.

- MENDES, Eugênio V. S/D. O processo de construção do sistema único de saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma sanitária. In: *Planejando a Saúde no Município - proposta metodológica para capacitação*. Rio de Janeiro: IBAM/FNS.
- MÖNKING, H. Schulze. 1994. Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(01): 149-154.
- NEDER, Ricardo T. 1997. *Figuras do espaço público contemporâneo - Associações civis, fundações e ONGs no Brasil*. Primeira Versão, nº 70, Campinas: IFCH/UNICAMP.
- NEELEMAN, J. & POWER, M. J. Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(1): 46-51.
- OFFE, Claus. 1994. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2ª edição.
- PEREIRA, Carlos. 1996. A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e feitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985/1989. In: *DADOS - Revista de Ciências Sociais*, vol. 39, nº 3, Rio de Janeiro: IUPERJ, pp. 423-477.
- PEREIRA, Carlos. 1997. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. *Boletim Informativo Bibliográfico (BIB)*, n. 44, Rio de Janeiro: Relume Dumará: ANPOCS.
- PILGRIM, David & ROGERS, Anne. 1991. 'Pulling down churches': accounting for the British Mental Health Users' Movement. *Sociology of Health & Illness - A Journal of Medical Sociology*, 13(2): 129-148.

- PRZEWORSKI, Adam. 1993. A falácia neoliberal. In *Revista Lua Nova*, n. 28/29, São Paulo: CEDEC, 1993.
- PUTNAM, Robert D. 1996. *Comunidade e Democracia - a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora.
- RESENDE, Heitor. 1987. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: (N. Costa & S. Tundis), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes.
- ROSANVALLON, Pierre. 1997. *A crise do Estado-Providência*. Goiânia: Editora da UFG; Brasília: Editora da UnB.
- SILVA, João P. L. & AMARANTE, Paulo D. C. 1998. Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Rio de Janeiro. *Psiquiatria Pública*, 10(05): 282-291, Madri, España.
- SOUZA, Waldir da S., & MOREIRA, Martha C. N. 1996. Reforma Psiquiátrica: o projeto Paulo Delgado. In: *Conjuntura e Saúde*, n° 24, mar./abr., Rio de Janeiro: NUPES/FIOCRUZ.
- TOCQUEVILLE, Alexis de. 1977. *A democracia na América*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.
- VENTURINI, Ernesto. 1994. *O protagonismo dos usuários e familiares na reestruturação da assistência psiquiátrica*. Conferência proferida na Aula Inaugural do Curso de Especialização em Psiquiatria Social, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (disponível em vídeo)

Documentos institucionais

- ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS (AFDM), 1994. *A Razão*, jornal informativo, ano 1, nº 1. Rio de Janeiro.
- ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS (AFDM). *Manifesto*. S/D.
- BRASIL/CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (X), 1996. Roteiro de discussão para grupos de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, mimeo.
- BRASIL/CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2ª). Relatório final, 1994. Brasília - DF: MS/DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE/ COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 1996. Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, de 28/03/96.
- COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, Reforma Psiquiátrica, s/d. Brasília - DF: MS/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE, mimeo.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 1997a. Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 1997b. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro - O Campo da Atenção Psicossocial. (A. Venancio; E. Leal & P. Delgado, orgs.). Rio de Janeiro: IFB/Te Corá Editora.
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO/CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE/COMISSÃO TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL, 1995. Assistência à saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Mimeo, Rio de Janeiro.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 1993. Resolução nº 881, 26 de outubro, Rio de Janeiro.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1992. Portaria nº 224/92 de 29/01/92, Brasília.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1992. Portaria SNAS 242/92 de 25/02/92, Brasília.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1992. Portaria SNAS nº 224/92 de 30/01/92, Brasília.

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL/PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, 1988. A saúde mental na Reforma Sanitária. Mimeo, Rio de Janeiro.

Fontes Orais

Sr. Artur de Almeida Trilho, membro da diretoria da APACOJUM;

Sr. Domingos Sávio Nascimento Alves, ex-coordenador da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM/MS);

Sr. Hugo Fagundes, gerente do Programa de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro;

Sr. Vani José Nunes, membro da diretoria da APACOJUM;

Sra. Blandina Azeredo Fialho, membro da diretoria da SOSINTRA;

Sra. Graça Fernandes, membro da SOSINTRA e do IFB

Sra. Vanda Gomes Girão Macedo, membro da diretoria da AFDM;

ANEXO I

Roteiro Básico²⁸ Utilizado nas Entrevistas da Presente Dissertação.

Orientação: primeiramente apresentar e explicar ao entrevistado o que é a pesquisa e seus objetivos.

- 1 - Identificação e dados do entrevistado, local da entrevista, dia e horário.
- 2 - Como surgiu a associação e qual foi a motivação para a sua criação?
- 3 - Qual a visão do senhor (a) acerca das associações de usuários e familiares dentro do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- 4 - Qual a sua opinião sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
- 5 - Como o senhor (a) percebe a Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro e como vê a política de saúde mental no município?
- 6 - Como o senhor (a) definiria as estratégias de intervenção das associações sobre a formulação e implementação da política de saúde mental?
- 7 - O senhor (a) percebe algum resultado obtido através da ação das associações?
- 8 - Quais as dificuldades encontradas nas ações desenvolvidas pela associação?
- 9 - Quais são as expectativas acerca do quadro atual da associação?
- 10 - Quais são os parceiros que a associação tem ou procura?
- 11 - Como o senhor vê as associações no município do Rio de Janeiro?
- 12 - Hoje o Conselho Municipal do Rio de Janeiro conta com a participação de associações da área da saúde mental. Duas de familiares e uma Ong. Como o senhor (a) avalia este momento para

²⁸ Como o nome diz trata-se de um roteiro básico de orientação sobre as questões que desejava abordar. Contudo o seu uso não enrijeceu a conduta das entrevistas mantendo a flexibilidade necessária na realização

a saúde mental e a atuação das associações, será que elas atingiram um grau de visibilidade social?

- 13 - O senhor (a) percebe distinções entre por um lado, as associações de usuários e, de outro as de familiares na forma como eles interpretam a doença mental nas pessoas? Quais seriam?
- 14 - Há alguma questão que o senhor (a) gostaria de dizer e que não foi abordada?

ANEXO II

Poder Executivo

**Secretaria de Estado
de Saúde**

Atos do Secretário

RESOLUÇÃO Nº 881 /SES De 26 de outubro de 1993

Institui as Regiões do Sub-Sistema de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro.

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando o disposto nos artigos 197, 198 e 199, da Constituição Federal de 05.10.88;

Considerando os itens VIII e IX do artigo 7º e os artigos 10, 15, 16, 17, 18 e 23, da Lei Orgânica de Saúde, nº 8080, de 19.09.90;

Considerando a Resolução Conjunta nº 12 de 22 de agosto de 1991, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Coordenação de Cooperação Técnica e Controle-Inamps/RJ;

Considerando a necessidade de operacionalizar a descentralização dos sistemas de avaliação, controle e fiscalização das ações do Sub-Sistema de Saúde Mental, no âmbito estadual;

Considerando a necessidade de promover a participação da comunidade, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço na elaboração, planejamento, controle e fiscalização das ações do Sub-Sistema de Saúde Mental, no âmbito estadual, e,

Considerando, ainda, que o sistema privado é complementar ao setor público, devendo por este ser controlado;

RESOLVE:

Art. 1º - As ações do Sub-Sistema de Saúde Mental obedecem os princípios de Regionalização e Hierarquização.

Art. 2º - A implementação dos princípios de Regionalização e Hierarquização consideram a descentralização executiva, a nível dos municípios, e a coordenação deliberativa, a nível estadual.

Art. 3º - A coordenação das ações do Sub-Sistema de Saúde Mental, a nível estadual, é executada pela Comissão Especial de Saúde Mental.

ANEXO III

Relação de Associações de Usuários e Familiares e de Outras Entidades

AADDOM - Associação dos Doentes Mentais de São Gonçalo. Endereço: Rua Alberto Calpey, 232 Fds. Mutondo - São Gonçalo. Tel.: 712-0516 / 601-1577.

ACF - Associação Cabeça Firme. Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Endereço: Av. Quintino Bocaiuva, s/nº. Charitas - Niterói. Tel.: 714-8856.

AFAUC - Associação de Familiares, Amigos e Usuários do CAIS de Angra dos Reis. Endereço: Rua Julio Cesar de Noronha, 96 São Bento, Angra dos Reis - RJ. Tel.: (0743) 651175, ramal: 2252.

AFAVC - Associação de Familiares e Amigos de Volta para Casa - Angra dos Reis. Endereço: Rua Julio Cesar de Noronha, 96. São Bento, Angra dos Reis (sede provisória). Tel.: (0743) 651175, ramal 2252.

AFDM - Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil. Endereço: Rua Luís de Camões, 75, sala 601, Centro - RJ. Tel./Fax. 507-4558.

APACOJUM - Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira. Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3.400, sala 312, Jacarepaguá - RJ.

Associação de Familiares de Paracambi. Endereço: Hospital Municipal de Lages. Lages, Paracambi. Tel.: 683-2128.

Associação Familiares do IPUB. Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Endereço: Av. Venceslau Brás, 75 Fds. Botafogo - RJ. Tel.: 295-7449.

AUFASSAM / VR - Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Volta Redonda. Rua Camilo de Novais Leijolto, nº 19, Morada da Granja II. Barra Mansa - RJ. A/C Regina Serrão.

Clube da Esperança - Associação de Familiares e Usuários do CPPII.
Endereço: Rua Ramiro Magalhães, 521, Engenho de Dentro. Tel.: 592-3242.

Grupo Condição Humana de Ex-Pacientes pela Cidadania.
Endereço: Rua Joaquim Palhares, 508, aptº 1.104, Estácio - RJ.

Grupo Condição Humana. Endereço: IFB / Instituto Philippe Pinel.
Av. Venceslau Brás, 65, 3º andar, Centro de Estudos. Botafogo - RJ.
Tel.: 542-3049, ramal 2109.

IFB - Instituto Franco Basaglia. Endereço: Instituto Philippe Pinel.
Av. Venceslau Brás, 65, 3º andar, Centro de Estudos. Botafogo - RJ.
Tel.: 542-3049, ramal 2109. Fax: 295-1857.

SOSINTRA - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho. No momento sem sede definitiva.