

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS**

Jaqueline Russczyk

**O FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL E OS ARGUMENTOS SOBRE A
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL:
RELAÇÕES SOCIAIS E PRINCÍPIOS DE JUSTIFICAÇÃO**

PORTO ALEGRE

2008

JAQUELINE RUSSCZYK

**O FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL E OS ARGUMENTOS SOBRE A
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL:
RELAÇÕES SOCIAIS E PRINCÍPIOS DE JUSTIFICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Inserida na linha de pesquisa Sociedade, Participação Social e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Kunrath Silva

PORTO ALEGRE

2008

JAQUELINE RUSSCZYK

**O FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL E OS ARGUMENTOS SOBRE A
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL:
RELAÇÕES SOCIAIS E PRINCÍPIOS DE JUSTIFICAÇÃO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de mestre do Curso de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 03 de outubro de 2008.

Cinara Lerrer Rosenfield (coordenadora do curso)

Apresentada à banca examinadora integrada pelos seguintes professores (as):

Soraya Maria Vargas Cortes (PPGS/UFRGS)

Tânia Steren dos Santos (PPGS/UFRGS)

Fernanda Rios Petrarca (Pós-Doutoranda/PPGS/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador Marcelo Kunrath Silva.

Aos professores José Carlos Gomes dos Anjos e Soraya Maria Vargas Cortes.

Aos colegas Bianca de Oliveira Ruskowski, Francinei Bentes Tavares, Leonardo Rafael Santos Leitão e Lúcio Centeno.

Aos colegas de Mestrado, Turma 2006/01, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A todos aqueles que contribuíram concedendo as entrevistas e as informações necessárias para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada a todos pelas críticas e sugestões a respeito deste estudo, pela disponibilidade de subsídios e materiais (livros, revistas, artigos, teses e dissertações), pelo companheirismo e aprendizado.

Aprender não é acumular certezas
Nem estar fechado em respostas
Aprender é incorporar a dúvida
E estar aberto a múltiplos encontros.
(FREIRE, Paulo. In: *Refletindo sobre o Ato de Aprender*).

RESUMO

Esta dissertação tem como tema os argumentos produzidos nas disputas envolvendo as concepções sobre saúde mental, presentes nas justificações e ações dos atores sociais envolvidos nas discussões referentes à Reforma Psiquiátrica, no Rio Grande de Sul, em um contexto de Contra-Reforma Psiquiátrica. O presente estudo tem como finalidade verificar se é a partir de determinadas relações sociais entre os atores sociais que as justificações e as ações são produzidas. O objeto deste estudo são as relações sociais e os argumentos produzidos pelos integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental de Porto Alegre. Utiliza-se a análise relacional, bem como o referencial teórico de Michel Foucault e a sociologia pragmática de Luc Boltanski. Foi verificado, a partir do questionamento de como a configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental incide sobre os princípios de justificação mobilizados pelos atores sociais pertencentes ao grupo, que há concepções diferenciadas sobre saúde mental dentro do Fórum e há a prevalência de determinados princípios de justificação no discurso porque há uma prevalência de determinados atores sociais que veiculam este discurso. Para a realização desta pesquisa, foram entrevistados dez representantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental de Porto Alegre e utilizou-se como procedimento metodológico a observação, bem como a entrevista com o uso de um roteiro escrito. Após a realização das entrevistas, efetuou-se a análise de conteúdo.

Palavras-chave: argumentação, justificação, relações sociais, Reforma e Contra-Reforma Psiquiátrica, saúde mental.

ABSTRACT

The subject of this thesis is composed by the arguments produced in disputes involving conceptions about mental health present in the justifications and actions of social actors involved in discussions relating to Psychiatry Reformation in Rio Grande de Sul, in a context of Psychiatry Counter-Reformation. This study aims to check whether it is from certain social relations among the social actors that justifications and actions are produced. The object of this study is composed by the social relations and the arguments produced by members of the Forum Gaucho of Mental Health in Porto Alegre. It is used the relational analysis as well as the theoretical reference to Michel Foucault and to the Luc Boltanski's pragmatic sociology. It was found from the question of how the configuration of the Forum Gaucho of Mental Health focuses on the principles of justification employed by social actors belonging to the group, that there are different ideas about mental health within the Forum and there is the prevalence of certain principles of justification in the speech because there is a prevalence of certain social actors who portrayed the speech. To carry out this survey, ten representatives of the Forum Gaucho of Mental Health in Porto Alegre were interviewed and it was used as a methodological procedure the observation, as well as the interview using a script writing. After the interview completion, it was the analysis of content.

Keywords: arguments, justification, social relations, Reformation and Counter-Reformation, mental health.

RÉSUMÉ

Ce mémoire est a comme sujet les arguments produits dans les litiges qui impliquent les conceptions sur la santé mentale, présente dans les justifications et les actions des acteurs sociaux impliqués dans les discussions relatives à la maladie mentale au Rio Grande de Sul, dans un contexte de Contre-Réforme Psychiatrique. Cette étude vise à déterminer si c'est à partir de certaines relations sociales parmi les acteurs sociaux que les justifications et les actions sont produites. L'objet de cette étude est composé par les relations sociales et les arguments produits par les membres du Forum Gaucho de Santé Mentale à Porto Alegre. On utilise l'analyse relationnelle ainsi que la référence théorique de Michel Foucault et la sociologie pragmatique de Luc Boltanski. Il a été constaté qu'à partir d'une mise en cause sur la manière dont la configuration du Forum Gaucho de la Santé Mentale se concentre sur les principes de la justification employée par les acteurs sociaux appartenant au groupe, qu'il y a des idées différentes sur la santé mentale au sein du Forum et qu'il existe une prévalence de certains principes de la justification dans le discours une fois qu'il y a une prévalence de certains acteurs sociaux qui dépeint le discours. Pour bien mener cette investigation, dix représentants du Forum Gaucho de la santé mentale à Porto Alegre ont été interviewés et on a utilisé comme procédure méthodologique l'observation, ainsi que l'interview avec l'utilisation d'un script écrit. Après l'achèvement des entretiens, on a fait l'analyse de contenu.

Mots-clés: arguments, justification, relations sociales, Réforme et Contre-Réforme, santé mentale.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: categoria e código dos entrevistados	17
Quadro 2: conceitos – dimensões – componentes – indicadores – operacionalização	22

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 A CONSTRUÇÃO DA “LOUCURA” COMO “PROBLEMA SOCIAL”	24
1.1 AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS OFERECIDAS PARA O “PROBLEMA SOCIAL DA LOUCURA”	30
1.1.1 O Contexto Brasileiro	30
1.1.2 A Situação da saúde mental no Rio Grande do Sul.....	37
2 A CONTESTAÇÃO ÀS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS SOBRE A LOUCURA ..	44
2.1 O CURSO DAS CONTESTAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	49
3 A ARTICULAÇÃO ENTRE A ANÁLISE RELACIONAL E OS PRINCÍPIOS QUE ORIENTAM OS ARGUMENTOS E AS AÇÕES DOS ATORES SOCIAIS	55
4 DIVERSIDADE DISCURSIVA E A CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS: A INCIDÊNCIA ENTRE AS JUSTIFICAÇÕES	71
4.1 O FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL.....	71
4.2 OS ARGUMENTOS MOBILIZADOS NO INTERIOR DO FÓRUM E NO ESPAÇO PÚBLICO	80
4.3 COMO AS RELAÇÕES SOCIAIS INCIDEM SOBRE AS JUSTIFICAÇÕES E AS PROVAS ACIONADAS	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA	110

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema os argumentos em disputas envolvendo as concepções sobre saúde mental, presentes nas justificações e ações dos atores sociais envolvidos nas discussões referentes à Reforma Psiquiátrica de 1992, no Rio Grande de Sul. A rede da política em saúde mental é marcada pelo confronto entre duas “comunidades” que possuem concepções contrapostas sobre a loucura e o seu tratamento, ou seja, aqueles que apóiam a Reforma Psiquiátrica e os que se posicionam contra ela. Cada “comunidade” configura uma sub-rede em que são produzidos argumentos e justificações que definem posições sobre a política.

Dentro da “comunidade” apoiadora da Reforma, destaca-se um grupo pelo fato de este ser o principal articulador dos debates e ações referentes às questões de saúde mental no Rio Grande do Sul, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Devido à heterogeneidade de seus integrantes, em seu interior há diferentes noções e embates de argumentos sobre a saúde mental. Como unidade de análise optou-se por pesquisar o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O fator decisório na escolha foi a sua complexidade identitária, pois há usuários, familiares¹ e profissionais com posicionamentos diferenciados, bem como se evidenciam críticas, em nível nacional, de que os usuários deveriam construir um grupo próprio e independente devido às demandas diferenciadas e à necessidade de maior autonomia de pensamento em relação aos profissionais de saúde e familiares. No entanto, esse discurso não se reproduz no Rio Grande do Sul.

As ações e a elaboração dos argumentos relacionados à saúde mental são construídas a partir da configuração de certas ligações entre as pessoas e, durante a construção dos elos, se conformam determinados posicionamentos. Seguindo esse entendimento, Callon (2004) afirma que os atores sociais são ligados por projetos e interesses, e é na rede que os ajustes feitos definem os caminhos a serem tomados. A informação é produzida à medida que a negociação avança e, portanto, não existe *a priori*.

Está-se diante de um processo em que os indivíduos e grupos tentam mobilizar apoio para seus objetivos e influenciar as atitudes e ações dos que os seguem. A realidade vai se estruturando na situação e, assim, é impossível antecipadamente apreender o que será do resultado da ação. Nesta pesquisa, pretende-se identificar os atores sociais envolvidos para

¹ Atualmente, conforme relatado em entrevista, não está ocorrendo a participação de familiares no Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

compreender e identificar as justificações exteriorizadas. Com isso, almeja-se entender as concepções, as contestações e os acordos sobre as noções de saúde mental a partir de discursos formulados sobre ela, em um processo político de disputa.

Tem-se como proposta deste estudo indagar como a configuração das relações sociais teria força sobre os argumentos acionados e quais características evidenciadas das relações entre os atores sociais explicariam justificações utilizadas sobre a Reforma. O ponto central deste estudo é, além de identificar os princípios de justificação evocados pelos atores sociais, analisar porque alguns argumentos se impõem em detrimento de outros. A partir disso, formulou-se a seguinte pergunta norteadora do estudo:

Como a configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental incide sobre os princípios de justificação mobilizados pelos atores sociais pertencentes ao grupo, na defesa das posições sobre a Reforma Psiquiátrica de 1992 no Rio Grande do Sul?

Pretende-se abranger como o Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi formado, ou seja, quais são os atores sociais envolvidos, quais são as posições e funções desempenhadas e estabelecidas entre os atores sociais, como as justificativas acerca da saúde mental são construídas e ativadas e quais são as “provas” mobilizadas. Assim, objetiva-se entender a conformação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e sua influência sobre os princípios de justificação acionados pelos atores sociais abarcados, em um contexto específico de contestação e disputa pela política de saúde mental no Rio Grande do Sul.

Os atores sociais e entidades-chave nesse processo de disputa² são os que vêm se posicionando contrários à Reforma: Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), Sociedade de Apoio ao Doente Mental (SADOM), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Sociedade Gaúcha de Saúde Mental e Lei, Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), Hospital Espírita, Associação Stabilitas; e aqueles favoráveis à Reforma: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Fórum Regional de Saúde Mental da Região do Vale do Taquari, Coordenação de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, 13. Coordenadoria Regional de Saúde, Instituto Franco Basaglia, Equipe Técnica da Casa de

² Esses atores sociais e entidades foram identificados a partir da construção de um Grupo de Trabalho (GT) para discutir a Contra-Reforma Psiquiátrica (Projeto-Lei 40/2005). A construção de um GT é um procedimento comum de um processo em que se propõe um Projeto-Lei como, por exemplo, o PL 40/05. A comissão votante deve ser composta por 12 Deputados e é preciso, no mínimo, sete votos para se obter a aprovação. Foi na Audiência Pública de 05.10.05 que se decidiu pela organização do GT, sendo o mesmo composto voluntariamente pelas entidades acima citadas que direta ou indiretamente tratam da matéria. Essas entidades elaboraram o seu estudo e encaminharam os resultados ao Deputado Relator José Farret. Após nove meses de estudo do GT, foi encaminhado pelo Deputado Relator o parecer contrário ao PL 40/05. Em 14.06.06, o parecer foi à votação, sendo aprovado o parecer contrário ao PL 40/05. Atualmente, o processo encontra-se arquivado. Essas informações foram adquiridas junto à Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.

Saúde Mental – CAPS I de Rio Pardo, Equipe do CAPS Panambi, Associação dos Usuários e Familiares do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental de Viamão, Equipe Técnica do Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSIA) do Município de Santa Cruz do Sul, Trabalhadores de Saúde Mental do Município de Santa Maria, Prefeitura Municipal de Igrejinha/Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social/Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental/Centro de Atenção Psicossocial I, Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo/Secretaria Municipal de Saúde/Departamento de Saúde Mental, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS/Departamento de Psicologia Social, Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial de Lajeado, Conselho Regional de Serviço Social, CAPS Álcool e Droga de Santa Cruz do Sul, Serviços Residenciais Terapêuticos “Morada São Pedro” e “Morada Viamão”, Prefeitura Municipal de Três Coroas/Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, Associação de Familiares, Amigos e Bipolares (AFAB).

A perspectiva teórica adotada é a abordagem relacional, utilizada neste estudo como instrumento fecundo para apreender os atores sociais envolvidos no Fórum Gaúcho de Saúde Mental e/ou nas disputas envolvendo as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica de 1992. Esta abordagem possibilita apreender como, por que e por quem determinados argumentos são produzidos e/ou mobilizados, evitando um tratamento que toma as justificações como algo independente em relação à configuração das relações entre os atores sociais que as adotam e as empregam. As diferentes justificações acionadas legitimam, ao mesmo tempo, os argumentos e os atores sociais que as mobilizam, bem como a utilização de determinado argumento ocorre justamente por ser algo já considerado legítimo.

O outro aporte teórico adotado neste estudo, e em articulação com a análise relacional, é a sociologia pragmática de Luc Boltanski. Com isso, pretende-se lançar novos olhares sobre as diferenças em relação às noções de saúde mental presentes entre os atores sociais. No entanto, não se intenciona aderir a um quadro teórico sem fazer o exercício da crítica, pois é necessário considerar os limites e possibilidades do referencial teórico utilizado, confrontando-o com a realidade empírica no momento da pesquisa.

Nesse sentido, enquanto problema social, tem-se a existência de denúncias de formas de confinamento torturantes, abandono e omissão na busca por cura ou solução para os males, bem como de desassistência. Compete visualizar quais agrupamentos e linhas de interesse se conformam em um processo político, como o usuário se insere nessa participação, quais são os atuais discursos e como se configuram a emergência de visões de mundo e as possibilidades de acordos. Ou seja, busca-se analisar em que medida o saber médico se

reveste de outras formas de medicina ou em que grau outros saberes e vivências têm espaço no desenrolar das argumentações e na defesa de posicionamentos.

Conforme Dias (2007), os temas que abarcam a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização têm sido alvo de estudos investigativos, revelando o interesse entre os profissionais de saúde em compreender suas possibilidades, sendo o debate sobre a Reforma Psiquiátrica marcado por mobilizações sociais que excedem a discussão reservada aos grupos sociais interessados, alcançando a esfera da sociedade gaúcha. A autora anuncia que há um processo ainda a ser realizado, pois por mais que tenha havido avanços no ordenamento jurídico-legal e na formulação e execução da política pública de saúde mental, há um processo de vir a ser, que se estabelece com o respeito aos desejos proclamados dos usuários. As contradições presentes nas relações entre os sujeitos e entre estes e o Estado, através das suas instituições, constituem-se em possibilidades de protagonismos e de exercício dos direitos (DIAS, 2007).

Para reforçar o acima exposto, torna-se importante identificar e classificar os tipos de argumentos a partir de visões de mundos e objetos evocados para que se possa refletir sobre as concepções acerca da saúde mental e para se indagar sobre a participação dos diferentes atores sociais, ou seja, se a prevalência de um determinado princípio de justificação no discurso do Fórum Gaúcho está relacionada à prevalência de determinados atores sociais que veiculam os argumentos. Desse modo, utilizar a análise relacional como ferramenta para identificar a localização dos responsáveis pela elaboração das justificações é interessante não apenas pelo desafio teórico-metodológico que representa, mas também por ser uma forma de compreensão dos modos de construção possíveis dos argumentos dos atores sociais em um contexto de desacordo acerca da forma adequada de tratamento da saúde mental, bem como para analisar se há uma correspondência entre a configuração das relações sociais e a maneira como se estruturam os argumentos dentro do Fórum Gaúcho e no debate público.

A partir do que foi exposto, como hipótese elaborada para o estudo, afirma-se que o padrão de configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental explica princípios de justificação utilizados pelos atores sociais envolvidos porque é a partir de determinadas características das relações sociais entre os atores sociais que se constroem as argumentações e se definem as ações tomadas acerca da saúde mental. Com isso, assegura-se que os atores sociais envolvidos, ou seja, profissionais da saúde e usuários, defendem sua visão de mundo acerca da saúde mental se apoiando em universos e argumentações distintos. No entanto, mesmo havendo universos distintos de justificação, elas podem sofrer alterações de acordo com a situação, prestígio, capacidade de influência e localização dentro do grupo.

A hipótese se fundamenta a partir da aproximação com o objeto empírico, o que permite inicialmente sugerir que existem hierarquias que estruturam as relações entre os atores sociais a partir de uma distribuição desigual de determinados recursos e capacidades (possuir um saber técnico e experiência profissional, ser portador de sofrimento psíquico, entre outros). A verificação de como as relações sociais entre os atores sociais se estruturam, isto é, as posições distintas por eles assumidas é um fator importante para a explicação da presença de determinados tipos de argumentos apoiados nas *cités*³. Esses são os argumentos analisados a partir dos dados da pesquisa.

Para este estudo, propôs-se, como objetivo geral, identificar os atores sociais inseridos no Fórum Gaúcho de Saúde Mental e, após, construir as relações sociais para compreender as justificações sobre saúde mental e as ações ativadas em contextos de disputas em que “provas” ou objetos são utilizados para embasar os argumentos. Seguem-se como objetivos específicos: 1) situar o aparecimento da loucura, para fins de contextualização do processo político em questão e de desnaturalização da mesma enquanto objeto, e, a partir disso, evidenciar a formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e resgatar as condições históricas que permitiram a Reforma Psiquiátrica de 1992 e a Contra Reforma Psiquiátrica, ou seja, as condições para o surgimento do debate atual; 2) analisar como se constroem os elos entre os atores sociais envolvidos, as posições e as funções de cada membro do grupo; 3) mapear e classificar os regimes de ação e de justificção; 4) compreender a partir dos regimes de ação e de justificção elaborados com base nos elos formados e classificados quais são as concepções envolvidas sobre saúde mental; 5) descrever os objetos ou “provas” acionadas pelos atores sociais para afirmar determinada visão de mundo.

Para operacionalizar o que se tem proposto para a realização do estudo, detalha-se a seguir os procedimentos metodológicos a partir da escolha do método, das técnicas de pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados. O método é compreendido como uma forma de recolha ou de análise das informações destinada a testar hipóteses de investigação (QUIVY E CAMPENHOUDT, 2005). Utilizou-se como método de abordagem a pesquisa qualitativa, pois sua finalidade é compreender a visão de mundo dos entrevistados, as ações e os argumentos apresentados pelos atores sociais sobre saúde mental, bem como entender a configuração e os posicionamentos dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A esse respeito, Gaskell (2002) sugere o uso da pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais para:

³ O termo *cité* foi cunhado em fins do século XI e é proveniente do latim (*civitas, civitatis*). Atualmente, também é empregado para referir-se ao Estado, do ponto de vista jurídico, assim como para toda construção ideal, como é o caso das seis cidades apontadas por Boltanski. As *cités* são descritas no decorrer deste estudo.

[...] mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes é o ponto de entrada para o cientista social que introduz, então, esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais conceptuais e abstratos, muitas vezes, em relação a outras observações. A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL, 2002, p.65).

Bauer e Gaskell (2002) assinalam a importância de se compreender que o quantitativo e o qualitativo não são excludentes, pois cada método ou técnica tem contra-indicações, vantagens e desvantagens, e estão ligados à escolha teórica, mas também se adaptam ao objeto de estudo. A definição do problema de pesquisa influencia a escolha metodológica, ou seja, esta ajusta aquela e vice-versa, sendo que toda metodologia confere potencialidades e limitações aos objetos dos estudos (VÍCTORA *ET AL*, 2000).

A reciprocidade entre discurso teórico e prática de investigação ocorreu nesta pesquisa, pois se considera que a teoria se esgota quando se distancia do real. Seu papel em relação aos fatos está na compreensão de determinados acontecimentos das relações humanas cotidianas em contextos de ação (conflitos, alianças, acordos). Com isso, não se desconsiderou que novas hipóteses poderiam ser formuladas durante o estudo por meio da pesquisa empírica, ou seja, de que poderiam surgir conformações passíveis de testes específicos a partir de outras construções teóricas.

Portanto, o trabalho de investigação não se limitou à constatação empírica de hipóteses construídas a partir da teoria, mas implicou também na observação do contexto a ser estudado, para, se fosse o caso, formular novas respostas. Desse modo, a teoria não “engessou” a pesquisa, ao contrário, ela orientou a formulação de hipóteses e estas poderiam ter sido refutadas caso não correspondessem à realidade. Portanto, um estudo pode revelar que determinada aplicação teórica não é válida para o contexto estudado, o que implica na busca de outros referenciais teóricos para o entendimento da realidade social e a formulação de novas hipóteses a partir de aspectos empíricos evidenciados no processo de pesquisa.

Especificamente, utilizou-se a entrevista e a posterior análise de conteúdo. Buscou-se direcionar o entrevistado a certos temas específicos, mencionando-os diretamente ou conduzindo-o a abordar aspectos relacionados ao tema. Para isso, utilizou-se um roteiro escrito⁴. O método chamado “bola-de-neve”⁵ foi utilizado para constituir o Fórum Gaúcho de

⁴ As técnicas de entrevista – semi-aberta e focalizada – têm um nível menor de estruturação se confrontadas a outros tipos de entrevista (CORTES, 1998). O roteiro escrito encontra-se no apêndice.

Saúde Mental, ou seja, os próprios entrevistados indicaram com quem se relacionam, bem como houve entrevistas realizadas apenas com atores sociais-chave do processo para se efetuar a análise de conteúdo e analisar os princípios de justificação acionados. Portanto, ocorreu um *corpus*⁶ posterior à formação do grupo. Cabe ainda salientar que foi considerado pertencente ao grupo o ator social que se afirmou enquanto tal.

O contato com os entrevistados deu-se por telefone e/ou por e-mail, a partir dos informantes já entrevistados que indicavam os próximos pesquisados. O contato com os primeiros entrevistados ocorreu facilmente tendo em vista que já havia uma relação estabelecida entre pesquisador e pesquisados por conta de uma pesquisa anterior, a monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em que a unidade de análise foi a dos usuários e alguns técnicos do Movimento da Luta Antimanicomial de Porto Alegre.

Foram entrevistadas dez pessoas e os locais de entrevistas foram os mais variados desde espaços públicos da cidade como a Casa de Cultura de Porto Alegre, a Assembléia Legislativa (em função da realização de uma Audiência Pública naquele local, aproveitando-se assim a oportunidade para se encontrar os integrantes do Fórum), até a residência ou o local de trabalho dos entrevistados. As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora. Além das entrevistas efetuadas foi observada uma Audiência Pública, ocorreu o acompanhamento da lista de e-mail no período de final de janeiro de 2008 a maio de 2008, assim como foi feita uma análise de revistas e trabalhos acadêmicos como Teses e Dissertações voltados ao tema deste estudo.

Abaixo, apresenta-se uma caracterização dos entrevistados, bem como, visando preservar o anonimato dos mesmos, definiu-se um código para cada um deles, possibilitando ao leitor ter uma noção de quem está “falando” nas citações.

⁵Este método também apresenta problemas, tais como: não se pode saber de antemão o universo dos entrevistados; a definição dos “pontos de entrada” traz o risco de não se chegar a todo grupo; há ainda a possibilidade de encontrar durante a pesquisa “buracos-estruturais”, ou seja, de não haver conexões entre os atores sociais.

⁶Bauer e Gaskell (2002) utilizam a terminologia *corpus* abdicando o termo amostra. Entre outros motivos, esta opção se dá por ser o termo mais adequado por se tratar de estudos sobre representações, bem como os critérios como validade, fidedignidade e representatividade para a seleção de qualquer amostra qualitativa são redefinidos e não abandonados.

Categoria	Código
Usuário	U1
Usuário	U2
Usuário	U3
Técnico	T1
Técnico	T2
Técnico	T3
Técnico	T4
Técnico	T5
Técnico	T6
Técnico	T7

Quadro 1: categoria e código dos entrevistados

Nas entrevistas, os entrevistados falaram livremente sobre os assuntos destacados, sendo então necessária a habilidade do pesquisador para direcionar as respostas ao foco da questão (GIL, 1999). Para Ferreira (1986), o controle das perguntas, das condições e contexto criado pela pesquisa são fundamentais para a ação da mesma. Um dos principais desafios do pesquisador é o aprofundamento do conhecimento da observação sociológica a fim de que se verifiquem possíveis “erros” no andamento da pesquisa, no processo de entrevista, na linguagem do questionário e do entrevistador, na adequação da formulação teórica do pesquisador ao universo empírico dos pesquisados, nas “não-respostas” (como o “não sei”, “não tenho opinião”), no desconhecimento das características da população a inquirir, na seleção dos entrevistadores e dos entrevistados, entre outros (FERREIRA, 1986).

Propôs-se utilizar as entrevistas para a construção da formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e a partir disso utilizar a análise de conteúdo para compreender como se sustentam e quais são as argumentações e as críticas exteriorizadas. A análise de conteúdo ocorreu de igual maneira para a avaliação de artigos de jornais e revistas que evidenciaram os posicionamentos dos atores sociais, isto é, a pesquisa documental foi utilizada. Com o uso dessa técnica, estudaram-se alguns materiais que forneceram elementos importantes para a pesquisa, visando-se formar um panorama de informações complementares que embasaram a construção deste trabalho.

Quivy e Campenhoudt (2005) afirmam que a construção do discurso e o seu desenvolvimento são fontes de informações a partir das quais o investigador tenta construir

um dado conhecimento. O conhecimento pode advir do locutor (por exemplo, a ideologia de um jornal, as representações de uma pessoa, entre outros) ou das condições sociais em que esse discurso é produzido (um modo de socialização ou uma experiência conflituosa). Lozares (2007) ainda afirma que “Los datos relacionales pueden obtenerse también por cuestionarios, por documentos, archivos o por la observación u otros métodos etnográficos” (LOZARES, 2007, p.10).

As temáticas estudadas pela análise de conteúdo compreendem as representações sociais, a análise da expressão (forma de comunicação, estado de espírito do locutor e disposições ideológicas), as formas como os discursos se articulam uns com os outros. Os objetivos para os quais esse método é adequado dizem respeito: à análise das ideologias, dos sistemas de valores, das representações; à análise dos processos de difusão e de socialização; e à análise das estratégias em um conflito, decisões, reações, impactos e reconstituição de realidades passadas não-materiais como as mentalidades e sensibilidades (QUIVY E CAMPENHOUDT, 2005).

Metodologicamente, Boltanski utiliza as seqüências curtas de ação porque elas permitem um levantamento empírico da situação de disputa (DODIER, 1993). Assim, a abordagem de Boltanski também foi utilizada como recurso metodológico no sentido de verificar as passagens entre competências heterogêneas de uma mesma pessoa nas diferentes situações ocorridas, como o embate público acompanhado em função da Audiência Pública e a partir dos argumentos trazidos pelos atores sociais nas entrevistas. Portanto, o objeto de pesquisa são as múltiplas cenas da vida cotidiana, captadas por meio das lógicas de ações diversas e mobilizadoras de diferentes aspectos.

Conforme anteriormente ressaltado, para Boltanski, o passado já está dado e não é, em si, o objeto de pesquisa. Assim, optou-se por utilizar igualmente as abordagens de Foucault, autor que permite entender a situação como um processo, ou seja, tendo uma temporalidade longa. Assim sendo, o resgate histórico do aparecimento da loucura, da Reforma Psiquiátrica e da Contra-Reforma Psiquiátrica – das condições para o surgimento do debate – possibilita reconstituir o embate político, sendo útil para fins de contextualização e de desnaturalização.

Não há nenhuma contradição em compatibilizar uma proposta de uma análise que incorpora a historicidade e a proposta de uma análise centrada em processos pontuais, localizados, ou seja, situacionais. A intenção neste estudo é de compatibilizar a proposta de Boltanski com a de Foucault. Este por entender a situação como um processo, com uma temporalidade longa, rompendo com a compreensão da história como um discurso contínuo e sugerindo um novo entendimento da história como ruptura e descontinuidade – sem uma

subjetividade fundadora. Isso é útil para situar a loucura enquanto problema social que toma suas diferentes feições historicamente, inclusive chegando aos tempos atuais como objeto ainda de disputa. Já Boltanski não nega a importância do passado, mas para efetuar os seus estudos, tem a preocupação voltada para o “como”, ou seja, para o levantamento empírico e situacional do embate ou o sentido que as pessoas atribuem aos seus atos.

Tanto Boltanski como Foucault afirmam que a compreensão de um objeto ocorre a partir dos discursos e das argumentações, não por meio de um estudo da linguagem, mas enquanto práticas que formam os objetos de que falam e criam realidades⁷. Embora as idéias de Foucault sirvam para análise de discurso, ele não as aplica no nível lingüístico, consentindo essa empreitada para o lingüista. Seguindo essa linha de raciocínio, Dodier (1993) afirma que a reflexão proposta por Boltanski não se centra na linguagem e assim demonstra o peso dos “dispositivos” (nomenclatura, objetos, entre outros) no momento em que os atores sociais devem julgar uma realidade e, portanto, compreender como os discursos estão ligados às comprovações.

Boltanski, em sua sociologia pragmática, questiona o modelo de ciência soberana por meio da qual poderíamos autorizar-nos a contestar a “realidade” de um princípio de identidade em que os agentes sociais acreditam. Esta idéia difere da proposta da sociologia crítica, de Bourdieu, por exemplo, em que o autor aponta a necessidade de romper com o senso comum, o que significa ser o sociólogo quem problematiza a questão nativa para desvendar e desvelar aquilo que não está evidente, havendo uma ilusão do nativo, porque este não percebe o que está por trás das atitudes e discursos dos sujeitos. Portanto, é uma sociologia para o nativo (DE BLIC, 2000).

O mesmo ocorre com a oposição weberiana entre julgamento de fato e de valor, que, segundo Boltanski, negligencia as críticas executadas pelos atores sociais. Nessa perspectiva, haveria uma oposição entre a realidade desenvolvida pela ciência e as justificações e motivos explícitos dos atores sociais. A missão da sociologia de Boltanski seria responder às pressões argumentativas dos sujeitos engajados em uma disputa e esclarecer o modo dos argumentos e os vincular aos princípios de justiça, ou melhor, remontar os laços dos argumentos até os enunciados de generalidade construídos. Contudo, não interessam todas as situações possíveis no mundo social, e sim aquelas em que os atores sociais procuram produzir acordos (DE BLIC, 2000).

⁷Bardin é outro autor que compartilha dessa opinião. Ele afirma que “A lingüística é um estudo da língua, a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 44). A análise de discurso é distinta e faz parte da análise de conteúdo.

A teoria de Boltanski tem suas particularidades: considera simetricamente, por exemplo, o relatório do sociólogo e o relatório dos atores sociais, pois ambos têm pretensão de validade, apoiando-se, para tanto, em provas e argumentos, selecionando fatos, invalidando objetos e acionando críticas. Desse modo, a autoridade da ciência é questionada (BOLTANSKI, 1990). A crítica dos sociólogos não seria tão diferente da produzida pelo “nativo” ou pelos atores sociais engajados nas disputas nas quais eles também se apóiam em um sistema de provas, selecionam fatos pertinentes e têm a pretensão de validade dos argumentos.

O papel da sociologia pragmática seria compreender e analisar as críticas colocadas pelos atores sociais, apresentando novas questões e formulações teóricas, mas extraindo dessas a prioridade do sociólogo. Nesse sentido, metodologicamente, utilizou-se neste estudo a sociologia pragmática, ou seja, abordaram-se simetricamente as justificações e argumentos dos envolvidos no debate.

Por fim, utilizou-se ainda a pesquisa bibliográfica. Foi realizada a análise de estudos acadêmicos e publicações relacionados ao assunto e à área da pesquisa, bem como a busca de materiais bibliográficos referentes aos diversos fatores levantados na definição do problema, das hipóteses e dos objetivos. Kaufmann (2004) aborda a questão da dupla função das leituras, afirmando haver dois tipos de leitura necessários: um sobre a questão tratada (síntese do que há sobre o assunto); e outro sobre o novo saber em construção na pesquisa, quando o objetivo é a problematização. Conforme o autor, não há pesquisa sem leitura, pois nenhum assunto é novo, e nenhuma pesquisa deve ignorar o saber acumulado.

A forma de coleta das informações foi a gravação magnética das entrevistas, com o consentimento dos entrevistados. O uso do gravador juntamente com o diário de campo facilitou a observação das expressões do entrevistado, as aparências, e serviram para auxiliar a memória e a atenção durante a entrevista, na observação dos gestos e aspectos do ambiente. Muitas coisas podem ser reveladas após o gravador ser desligado e, por isso, há a necessidade de fazer anotações posteriores. A sensibilidade do pesquisador foi acionada para compreender os humores, cansaços, expressões faciais, sinais de alívio e preocupação e demais gestos do entrevistado. Requereu ter “familiaridade”, enfim, ter *anthropological blues*⁸ (DAMATTA,

⁸DaMatta (1978) associa a prática etnológica ao estilo musical *Blue*. *O Blue* se caracteriza por trazer um forte sentimento de saudade e tristeza e, portanto, traz consigo uma grande carga afetiva, “cuja melodia ganha força na repetição das suas frases de modo a cada vez mais se tornar perceptível” (DAMATTA, 1978, p.6). Assim, o ofício do etnólogo incluiu, entre outras coisas, captar os elementos que se repetem no cotidiano de um grupo e, da mesma forma, não deixar de considerar o lado afetivo e emocional, que podem estar presentes na relação entre o pesquisador e o pesquisado.

1978).

O diário de campo foi uma ferramenta de pesquisa complementar através da qual se visou coletar algumas informações observadas durante as entrevistas, reuniões e eventos presenciados (aqui a observação também foi utilizada), bem como para anotações referentes à análise de materiais escritos. Tratou-se de uma ferramenta auxiliar para não se deixar de registrar informações significativas na posterior análise dos dados coletados por meio das técnicas já indicadas. Houve ainda o uso de um roteiro escrito de perguntas sobre noções em saúde mental, forma de tratamento, relação entre os atores sociais, entre outros elementos necessários para formar a sub-rede e evidenciar os princípios de justificação dos atores sociais.

O trabalho de campo foi realizado para esta pesquisa em quatro meses de entrevistas e análise dos materiais escritos. No entanto, salienta-se que as leituras referentes ao tema, bem como o contato inicial com a temática da saúde mental, deram-se ainda no curso de Graduação em Ciências Sociais, a partir de um trabalho realizado para a Disciplina de Pesquisa Qualitativa, 2002/2, ministrada pelo professor Ari Pedro Oro, do Departamento de Antropologia/IFCH/UFRGS. Nessa ocasião, optou-se em pesquisar uma instituição psiquiátrica de Porto Alegre, tendo como foco de análise como os profissionais daquele hospital promoviam a ressocialização dos internos e o que entendiam por ressocialização.

Devido ao fato de em 2003/2 ser estagiária do Centro de Educação Patrimonial e Ambiental Solar Paraíso, órgão vinculado à Secretaria do Meio Ambiente e à Secretaria da Cultura do Município de Porto Alegre, soube-se da existência do Movimento da Luta Antimanicomial de Porto Alegre. Foi-se construindo um problema de pesquisa que a partir do amadurecimento do estudo, em 2004, resultou na monografia defendida junto ao Departamento de Antropologia da UFRGS e intitulada “Saúde Mental em Movimento: Construindo Novos Sentidos”, que versou sobre as concepções de saúde e doença entre os usuários integrantes do Movimento da Luta Antimanicomial em Porto Alegre. Atualmente, outras indagações ocorrem e, na medida em que foram aprofundadas, elaborou-se este estudo.

Pelo problema de pesquisa deste estudo, estabelece-se um quadro analítico que se estrutura e sistematiza-se da seguinte maneira:

Conceitos	Dimensões	Componentes	Indicadores	Operacionalização
Relações sociais	Configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental	Quem são os atores sociais	Usuário Técnico	Análise relacional
		Posições e Papéis dos atores sociais	Hierarquias Simetrias Funções	
		Tipos de relações sociais	Com quem se relacionam Relações: amizade, parentesco, profissional	
Princípios de Justificação	Argumentos e Provas	Cidades/ <i>cités</i> e Objetos	Inspirada: crença, sacrifício, graça, criatividade	Análise de conteúdo
			Doméstica: bens, ações personalizadas, tradição, hierarquias, presentes	
			Opinião: imagem, reconhecimento, honra, valor, meios de comunicação	
			Industrial: saber, competência, eficácia, tecnologia, pesquisas e publicações, diplomas, dados	
			Cívica: leis, cidadania, direitos, decretos	
			Mercantil: dinheiro, subsistência, renda	
			Por Projeto: conexões e relações	

Quadro 2: conceitos – dimensões – componentes – indicadores – operacionalização

Enfim, foram apresentadas nesta introdução a construção do problema de pesquisa, com os objetivos, hipótese e relevância do estudo, bem como, uma apresentação do referencial teórico utilizado e as opções metodológicas. Enfatizou-se o tratamento simétrico das falas dos entrevistados, em consonância com a sociologia pragmática de Boltanski. Fez-se a opção pelo uso da entrevista e análise de conteúdo, o que foi descrito ao longo deste tópico com as devidas contribuições de Foucault e Boltanski. Com base em tais considerações, tem-

se a utilização da entrevista como primordial para construir a formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e compreender as justificações e as concepções acerca da saúde mental, em que atores sociais-chave foram identificados e entrevistados.

Considera-se importante ainda apresentar ao leitor nesta seção como se organiza esta dissertação. No primeiro capítulo, visando desnaturalizar a loucura enquanto objeto, traz-se a análise do surgimento da loucura enquanto problema social a partir do seu contexto mundial, e, a seguir, como a questão da atenção à loucura se apresenta no Brasil e no Rio Grande do Sul. A seguir, no capítulo dois, situam-se as atuais contestações as concepções hegemônicas da loucura e as políticas que nelas se fundamentam. Dentro desse processo, situa-se também o de discussão e implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Rio Grande do Sul. No capítulo subsequente, apresentam-se as considerações sobre o referencial teórico utilizado no estudo. No último capítulo, operacionalizam-se os dados de campo articulados com o referencial teórico sugerido. Por fim, nas considerações finais, são sistematizados de forma conclusória os resultados da pesquisa.

1 A CONSTRUÇÃO DA “LOUCURA”⁹ COMO “PROBLEMA SOCIAL”

Neste capítulo, aborda-se a emergência da loucura enquanto problema social desde o contexto mundial com suas várias disputas em torno deste objeto, e, em âmbito local – Brasil e Rio Grande do Sul – a partir das respostas institucionais oferecidas a esse “problema social”. Discorre-se neste capítulo sobre o histórico da loucura, pois se consideram as condições estruturais já existentes para assim explicar as relações sociais e a influência destas no comportamento dos atores sociais e nos princípios de justificação ou argumentos acerca da loucura. Afirma-se isso tendo em vista que a ocorrência de determinadas relações sociais ocorre dentro de uma estrutura específica vigente.

No entanto, destaca-se que este estudo diz respeito às relações sociais como fonte explicativa da produção das justificações sobre saúde mental. Assim, a desnaturalização da loucura e entendimento desta como um objeto construído socialmente, e, por isso mesmo, objeto de disputa ao longo da história, são abordados neste estudo para situar o campo de contestação, bem como para localizar as ações e os atores sociais atuantes, como é o caso dos integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, principal agente propositivo e crítico das políticas de saúde mental no Estado.

É nos anos de 1960 e 1970 que os estudos e interesse em relação às instituições psiquiátricas se acentuaram. Salientam-se pelo menos duas correntes teórico-metodológicas, no âmbito das Ciências Sociais, voltadas ao estudo da doença e do doente mental. Nos anos 60, nos Estados Unidos da América (EUA), destaca-se o interacionismo simbólico, representado por Erving Goffman. O autor descreve o cotidiano nos manicômios e o modo como pessoas consideradas diferentes interagem no dia-a-dia. É o responsável pela teoria da rotulação, segundo a qual o sujeito, ao entrar no manicômio, perde sua identidade e é rotulado como doente mental pela instituição. Esse estigma, que acompanha o indivíduo, é construído a partir de um comportamento entendido como desviante, com conseqüente reação da

⁹ Hoje, os termos empregados para se referir à loucura são variados, como, por exemplo, “sofrimento psíquico”, que, segundo Duarte (1998), é utilizado pela Psicanálise. Esse autor também utiliza a designação “perturbação físico-moral”, pois entende que fatores sociais e biológicos se influenciam mutuamente, dependendo do contexto de cada indivíduo. Outros termos são: “perturbação mental”, “problema mental”, “sofrimento mental” e “doente mental”. Em *História da Loucura*, Foucault afirma que a loucura foi naturalizada pelo saber psiquiátrico, a partir do século XIX, no conceito de doença mental, se constituindo como objeto de saber exclusivo da psiquiatria. Atualmente, no ocidente, o estudo sobre a doença mental não está delimitado especificamente a nenhuma área de conhecimento, e, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), “saúde mental” designa bem-estar bio-psicossocial, não se restringindo à ausência de transtornos mentais.

sociedade, que atribui ao sujeito características de doente (GOFFMAN, 1963, 2003; SOUZA, 1999).

A outra abordagem é a de Michel Foucault. O interesse deste autor não está voltado para a ação social ou na interação entre os sujeitos, e sim em mostrar como o tratamento destinado ao indivíduo considerado louco e às instituições que o recebem são produtos históricos. As instituições têm finalidades específicas no transcorrer da história. Primeiro, o enclausuramento ocorria apenas para conter o sujeito desordenado e não havia interesse no conhecimento patológico. Depois, a concepção mudou, acreditando-se que o enclausuramento teria efeitos terapêuticos. Enfim, assumiu-se o entendimento de que a loucura também pode ser resultado desse isolamento em manicômio (SOUZA, 1999). Para Michel Foucault interessa, então, compreender o surgimento da loucura como resultado de processos sociais e de discursos que se legitimam e originam um saber que necessita ser desnaturalizado.

Conforme Foucault (2006), há um princípio de descontinuidade e de exterioridade nos discursos. Estes devem ser pensados em um período determinado historicamente. Ao analisar o discurso sobre a loucura, deve-se abranger sua aparição, sua regularidade e avaliar o jogo de relações sociais. A ênfase na produção dos acontecimentos é pensada para investigar o que ocasiona o surgimento de dada questão, ou seja, ocorre uma reavaliação do passado à luz de preocupações e compromissos com questões do presente.

Veyne (1995) questiona o que seria materialmente a loucura, haja vista que admite tal existência material fora de uma prática que a torna loucura. Em outras palavras, a loucura, embora tenha materialidade, não pode ser reduzida a tal aspecto, visto que, para Foucault (2003), ela é uma criação social que vai além de uma descoberta. É importante apontar que há flexibilidades e diferenças históricas quanto ao que se considera loucura ou anormalidade e em relação às explicações e tratamentos utilizados em saúde.

Para autores como Helman (2003), a cultura pode ser a própria causa da perturbação mental, influenciando a apresentação clínica, determinando a forma como a enfermidade é reconhecida, rotulada, explicada e tratada em cada sociedade. São as crenças sobre o modo ideal de reger a vida e as relações com as outras pessoas que definem o que é normal ou anormal para dado grupo ou sociedade. No entanto, Helman (2003) afirma que o enfoque na cultura não basta, pois também é necessária uma análise dos fatores institucionais e estruturais, das discriminações de diferentes tipos, da infra-estrutura social, entre outros.

O modo como a loucura foi tratada, julgada e descrita difere de sociedade para sociedade, de época para época e de sintoma para sintoma (PORTER, 1990). Para Porter (1990), hoje ainda não se tem uma concordância com relação à natureza da doença mental, ou

seja, o que ela é, o que a causa, sua forma de cura. Assim sendo, há uma diversidade de explicações e de fabricação da loucura – as categorias, como, por exemplo, a categoria “loucura”, somente existem se as relações entre as pessoas pertencentes a um grupo ou sociedade fizerem com que as categorias existam ou, caso contrário, isso não se torna relevante e, conseqüentemente, não se constitui enquanto “problema social”.

Porter (1990) afirma que para a tradição intelectual ocidental foram os gregos que inicialmente deram sentido à loucura como um problema, passando-se a exigir explicações e valorizando-se a razão¹⁰. A arte era uma das maneiras que dava sentido à loucura, forçando o impensado a ser falado pelo drama, o drama da vingança, dos conflitos rivais do amor e do ódio, entre outros, e assim restaurar a ordem. Outras explicações, agora via medicina naturalista grega, baseavam-se em causas e efeitos físicos centradas em órgãos como o coração ou o cérebro, e as curas eram atribuídas a medicamentos.

Na Idade Média, na Europa, a voz do louco era abafada e somente se tornava um problema quando as manifestações exteriores eram muito perturbadoras da ordem. No fim desse período, a lepra, que era a grande preocupação em saúde até então, submergiu gradualmente do mundo ocidental. No entanto, as estruturas encarregadas de comportar os leprosos permaneceram. Nelas, estavam excluídos e asilados, os loucos, os pobres, entre outros. Além disso, novos locais de internação foram construídos para internar os ditos loucos, até então internados também nos hospitais gerais¹¹ (FOUCAULT, 2003).

Porter (1990) assinala ainda que na Idade Média a crença cristã era a ênfase explicativa sobre a loucura, ou seja, era tanto um castigo divino como algo sagrado. A existência dos bobos da Corte justificava-se pelo fato de ele ser considerado como instrumento de Deus para que este fosse ouvido, sendo que “recebiam privilégios de loucos para subverter a normalidade e pronunciar verdades proibidas aos cortesãos políticos” (PORTER, 1990, p.23)

O Iluminismo reforçou a convicção grega na razão. Conforme Porter (1990):

A importância crescente da ciência e da tecnologia, o desenvolvimento da burocracia, a formalização da lei, o florescimento da economia de mercado, a difusão das letras e da instrução – tudo isso contribuiu para esse processo amorfo,

¹⁰ Deve-se, no entanto, acrescentar que as doenças mentais são de todos os tempos e culturas, desde a medicina primitiva, em que a doença mental dependia de causas sobrenaturais, até a medicina do Oriente, em que a doença é também pecado, resultado de uma impureza, sendo Deus quem a envia como forma de punição. Pode-se apontar ainda que há as peculiaridades da medicina da Índia Antiga, da medicina chinesa, da medicina japonesa, da medicina hebraica, da medicina árabe, entre outras (ver Pélicier, 1973).

¹¹ Conforme Pélicier (1973) o primeiro estabelecimento a ser exclusivamente destinado aos loucos foi o manicômio de Valência, em 24 de fevereiro de 1409. Tem-se ainda como referência, agora na França, os hospitais gerais Salpêtrière e Bicêtre, criados por Luís XIV em 1656.

porém inexorável, de valorizar a “racionalidade”, conforme entendida por aqueles membros da sociedade “que pensavam corretamente”, que tinham o poder de impor normas sociais” (PORTER, 1990, p.24).

A partir da metade do século XVII, na Europa, se dava uma redefinição e negação das formas tradicionais de loucura religiosa, juntamente com a cristianização. Na Reforma e na Contra-Reforma, as manifestações de feitiçaria são reinterpretadas. Na segunda metade do século XVII, o caos gerado pela Reforma e Contra-Reforma religiosa leva os líderes da Igreja a providenciar cada vez mais as instituições para manter presos os perturbadores.

Ao final do século XVIII, na Europa, em um contexto de Revolução Francesa, cresciam as denúncias contra as internações dos doentes mentais e marginalizados sociais. A população de internados era muito elevada em alguns países europeus, e a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes urgia, tendo em vista a sua superlotação e condições precárias e os maus-tratos. O sonho da cura despontava bem como o desejo do retorno dos indivíduos curados à sociedade. É ainda no século XVIII que floresce a psiquiatria depois de já haver um grande número de internos nos manicômios (PORTER, 1990).

Conforme Dias (2007), determinadas formulações contribuíram para a construção das idéias difundidas pela Revolução Francesa. Pode-se assinalar a concepção do liberalismo, político e econômico, que lança as bases do Estado Liberal; a crítica aos ideários mercantilistas e a preconização do liberalismo econômico, e o conceito de soberania popular que defende a liberdade e a igualdade entre os homens. A partir desse marco teórico, rompe-se a vinculação da Igreja com o Estado e institui-se a figura da República, viabilizando a compreensão dos direitos do homem, em 1789, com a admissão da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Cabe salientar ainda que as instituições psiquiátricas eram entendidas como naturais e imprescindíveis, o que ainda foi pensado após a Revolução Francesa, e, em certa medida, até os tempos atuais.

O século XIX é decisivo para o desenvolvimento da psiquiatria. Pinel¹² propôs, na França, um novo modelo de assistência, que influenciou também a psiquiatria no Brasil. A ênfase era dada na correção moral, vigiando e classificando os chamados loucos com base em seus gestos e atitudes (PÉLICIER, 1973). No século XIX, o tratamento moral foi abandonado devido à intensificação das abordagens baseadas no darwinismo social¹³ e devido à

¹² Pinel surpreso com as condições sub-humanas obtém autorização da Comuna de Paris para libertar os asilados. As idéias de Pinel foram publicadas no seu tratado médico filosófico sobre a alienação mental, considerado como o primeiro livro antipsiquiátrico. Disponível em www.wikipédia.com. Acessado em outubro de 2007; Pélicier (1973).

¹³ Ligado à Teoria Evolutiva de Charles Darwin em que os organismos melhor adaptados ao meio têm mais chances de sobrevivência do que os menos adaptados. Assim, indivíduos da mesma espécie apresentam

deteriorização das condições de vida nas cidades, o que ocasionou o descrédito quanto à curabilidade, haja vista que a situação asilar, com o tempo, se agravava (RESENDE, 2001). Desse modo, ganharam espaço as teorias organicistas, que defendiam que a degenerescência se transmitiria hereditariamente, constituindo desvios patológicos, ou seria que precocemente adquirida por causas diversas, como alcoolismo, intoxicação, entre outros.

Na seqüência, as descobertas no campo da neurologia e da microbiologia apontaram a possibilidade do comportamento anormal do cérebro ser o explicativo das atitudes tidas como irracionais. Na virada do século XIX até meados do século XX, perderam credibilidade as explicações de algumas das teorias anteriores, e delineou-se uma psiquiatria em que a problemática da doença mental se deslocara da localização corporal para o universo simbólico do indivíduo. Seguiram-se, naquele momento, as contribuições de Freud – surgimento da Psicanálise em 1890, sendo seu apogeu as décadas de 50 e 60 – sobre consciente e inconsciente¹⁴, dois eixos fundamentais da teoria psicanalítica (RESENDE, 2001; SILVA FILHO, 2001).

Aos poucos, os psiquiatras instituíram como seus os direitos de tratar os doentes mentais, em detrimento aos direitos dos leigos, do clero e dos médicos profissionais em geral. Isso ocorreu mesmo não sendo homogênea a psiquiatria quanto à defesa de suas teorias sobre os cuidados e noções sobre saúde e a doença mental¹⁵, tendo apenas como ponto comum a dimensão dialética médico – paciente, ou seja, o entendimento de que a doença está dentro do indivíduo (PORTER, 1990).

Helman (2003) reforça essa idéia dizendo que em um mesmo país pode haver dificuldades entre os psiquiatras quanto à padronização dos conceitos de diagnósticos. Fatores como a personalidade, a experiência e o treinamento do psiquiatra, sua classe social, etnia e idade, a formação cultural do psiquiatra e afiliações religiosas ou políticas, o contexto que

variações em todos os caracteres, não sendo, portanto, idênticos; porque ocorre transmissão hereditária desses caracteres, somente os que apresentam variações vantajosas chegam à fase adulta (LOPES, 1994). Sérgio Carrara (1996), ao estudar a transformação das concepções acerca da sífilis, aborda o quanto ela foi entendida como “hereditariedade mórbida” no contexto de darwinismo social, atribuindo a todas as pessoas consideradas com “defeitos” uma inferioridade biológica transmitida pela descendência.

¹⁴ O conceito de inconsciente fora usado por Leibniz em anos anteriores ao uso de Freud, também sendo usado por Hegel para construir sua dialética hegeliana. No entanto, é preciso diferenciar a idéia de inconsciente, como falta de consciência, de inconsciente como base de uma categoria psíquica na composição da personalidade. Disponível em www.wikipédia.com. Acessado em outubro de 2007.

¹⁵ O mesmo aplica-se à psicologia. A psicologia é a ciência dos fenômenos psíquicos e do comportamento. É no século XIX que estabelece métodos e princípios teóricos. Contudo, não existe uma só teoria psicológica e sim há uma multiplicidade de correntes e paradigmas. Como períodos da história da psicologia têm-se o filosófico-especulativo – tem sua origem no pensamento grego e vai até fins do século XIX –, e a psicologia científica com a afirmação do método experimental como procedimento adequado à problemática psicológica, tendo Wilhelm Wundt como iniciador usando como objeto de pesquisa o conceito de comportamento. Disponível em www.wikipédia.com. Acessado em outubro de 2007.

ocorre o diagnóstico, entre outros, podem ser determinantes de anormalidade e normalidade, já que envolvem valores e formação do profissional. Nas tomadas de decisões, as pressões sociais ou políticas e opinião dos colegas de trabalho podem influenciar no diagnóstico (por exemplo, os dissidentes políticos soviéticos eram frequentemente diagnosticados como sendo portadores de um tipo de esquizofrenia).

Há a descrença de que os loucos não curam em hospícios e muitas vezes essa idéia é a mesma em relação também a psiquiatria (PORTER, 1990). Como sugere Porter (1990):

Hoje se discute muito se a psiquiatria e a psicanálise são de fato ciências, e antipsiquiatras como Thomas Szasz argumentam que a psiquiatria está a serviço de uma ideologia repressiva, que a doença mental é invenção, ilusão, da psiquiatria. Não é meu objetivo, porém, transformar em vítimas os pioneiros da psiquiatria. Especialmente no passado, quando os próprios psiquiatras foram muitas vezes marginalizados, mal compreendidos e vilipendiados pela sociedade em geral pelo simples fato de suas idéias serem consideradas tão loucas quanto às dos próprios loucos (PORTER, 1990, p.10).

As primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgem após a II Guerra Mundial, a partir da experiência de médicos e enfermeiros com prisioneiros dos campos de concentração nazistas. Inicia-se um questionamento sobre a participação desses profissionais em instituições psiquiátricas. Esse movimento gera mundialmente a construção do ideário de defesa dos direitos e de cuidados aos portadores de transtorno mental. Os direitos são gerados em certas circunstâncias, ou seja, há uma historicidade, como no século XX, quando após vários eventos e truculências cometidas entre os povos, pela primeira vez, as nações tomam como princípio de direito internacional a promoção e proteção dos direitos humanos. Entretanto, os direitos aprovados não são absolutos, os Estados podem aceitar leis que restrinjam o exercício dos mesmos (DIAS, 2007).

Como se procurou mostrar neste tópico, a compreensão da loucura assume diferentes facetas conforme sua época histórica. Como características discursivas ou de classificação, inicialmente “loucura” significava desrazão, ou seja, atitudes associadas à desordem. Assim, os “loucos” eram aqueles que apresentavam comportamentos desviantes para a sociedade. Após, a “loucura” passou a ser entendida como uma das formas próprias da razão cujo sentido se encontra no campo da razão. Assim, a “loucura” tornou-se sinônimo de “alienação” ou “alienação mental”, relacionando-se a aspectos psicológicos ou assumindo outro tipo de loucura, ligado ao amor ou à paixão desesperada e retratado em obras como as de William Shakespeare. Por fim, a loucura é caracterizada como “doença mental”.

A atenção voltada à loucura também se altera em cada contexto específico de disputas

de poder. Dos cuidados familiares ou sob vigilância comunitária passando para uma concepção religiosa – ficando sob os cuidados dos religiosos preocupados com a moral cristã (correção/salvação e caridade/assistência), chegando até mesmo a ser considerada como um caso de polícia – portanto, de ordem pública e de encargo do Estado¹⁶ (FOUCAULT, 2003). As respostas institucionais em cada momento histórico sobre a questão da loucura são trazidas no tópico abaixo com o demonstrar das especificidades brasileira e gaúcha.

1.1 AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS OFERECIDAS PARA O “PROBLEMA SOCIAL DA LOUCURA”

1.1.1 O Contexto Brasileiro

Enquanto na Europa a emergência do capitalismo mercantil exigia um novo homem, e aqueles que não se adequavam a tais exigências eram abandonados à própria sorte, no Brasil a doença mental permaneceu silenciosa por muito tempo. Não se julgava necessário intervir, porque ela era vista como aspecto da singularidade do sujeito, e não como patologia. A presença ou ausência de trabalho era a principal referência para estabelecer as fronteiras do normal e do anormal. No Brasil imperial, as formas de organização do trabalho eram agrícolas de subsistência, para consumo ou troca nos mercados da época. É quando surgem a idéia de lucro e a necessidade de preparar o indivíduo para o trabalho que Resende (2001) situa o surgimento da loucura como uma categoria de problema social.

Nos anos da República Velha (1889-1930) a assistência à saúde estava atrelada às entidades religiosas destinadas aos pobres¹⁷. O Estado só intervinha quando as capacidades desses agentes excediam e foi assim que se construíram os primeiros hospitais psiquiátricos.

¹⁶ Segundo Porter (1990) “as instituições-prisões estão sendo agora fechadas e a assistência à comunidade (“descarcerização”) é a resposta atual para os doentes mentais”(PORTER, 1990, p.26).

¹⁷ Os critérios classificatórios utilizados sobre os sujeitos eram leigos, pois o saber médico ainda não era solicitado para a categorização dos “males” que afligiam os internados. A visita médica ocorria eventualmente, e as nomeações dos internos eram “sujeito perigoso”, “criminoso”, “condenado”, “vagabundo”, entre outras. Com a criação da Sociedade de Medicina, enfatizou-se a necessidade de tratamento adequado, segundo à prática adotada na Europa, onde a psiquiatria já se afirmara enquanto medicina científica e positiva diante das descobertas da bacteriologia, da imunologia e da neurologia. As formas de tratamento utilizadas eram basicamente a clinoterapia (repouso no leito) e a praxiterapia (o trabalho reproduzindo a vida de uma comunidade rural, fosse em instituições fechadas ou em ambientes abertos) (RESENDE, 2001).

Até meados século XIX, há redefinição da composição da força do trabalho, tem-se o encerramento do ciclo escravo e a instalação das indústrias com conseqüente formação de um operariado urbano. Faz-se necessária a adoção de estratégias para a reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras, que emergem com a instalação do modo de produção capitalista. Isso é o que determina as primeiras ações estatais no setor de saúde. Portanto, a saúde pública foi uma medicina de cidade, visando o controle de epidemias e do aumento da população nas cidades¹⁸, ao mesmo tempo em que serviu para o Estado assegurar os seus interesses de instituir-se como poder central (DIAS, 2007).

Dias (2007) avalia a trajetória das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil e aponta que estas surgiram não no aspecto dos direitos e dos cuidados aos sujeitos, mas sim sob a égide da beneficência e da preocupação com as condições para a reprodução da força de trabalho. Conforme a autora:

A política de saúde tem uma amplitude que extrapola o próprio setor, pois desde o seu nascimento na primeira república até o período de democratização do país, esteve no cerne dos debates e da constituição das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro (DIAS, 2007, p.55).

O saneamento era a ênfase na saúde pública e havia um debate neste campo em que a medicina era distinta das ações sanitárias, pois a primeira era para a cura individual através da clínica, da patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária, com o propósito de cuidar os problemas de saúde. Havia uma articulação do pensamento sanitarista com a concepção de eugenia, isso é, visava-se sanear os aglomerados urbanos e rurais e produzir novos comportamentos sociais para refrear os efeitos da miscigenação racial, considerada um risco social – a pobreza precisava ser isolada. Isso influenciou a saúde mental dos sujeitos, que foram isolados socialmente e considerados incapazes de compor a mão de obra necessária ao modo de produção capitalista (DIAS, 2007).

A prevenção eugênica se materializou através da criação de hospitais e colônias agrícolas públicas para portadores de transtornos mentais, tuberculose, hanseníase, sendo o período da Proclamação da República até 1941 caracterizado como o da hegemonia do setor público nas ações relativas à assistência psiquiátrica (DIAS, 2007). Entretanto, essa concepção não seria imune a contradições. A prática psiquiátrica, no Brasil, assimilou os

¹⁸ Têm-se as vacinas contra a varíola – obrigatória via legislação; primeira lei de acidentes de trabalho, em 1919; em 1920 ocorre a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública; em 1923 dá-se a promulgação do código sanitário; em 1924 ocorre o primeiro Congresso Brasileiro de Higiene (DIAS, 2007).

valores da sociedade, encarregando-se de retornar os indivíduos curados e aptos para o trabalho. É nesse aspecto que reside a contradição, porque o modelo de tratamento que havia era o das colônias e de aprendizado do trabalho agrícola, sendo que a realidade externa revelava o desenvolvimento da urbanização e o início da industrialização (RESENDE, 2001).

Assim sendo, a criação das instituições destinadas a abrigar os loucos precedeu ao nascimento da psiquiatria. Em 1852, inaugurou-se o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, marco institucional da assistência psiquiátrica no país, sendo que a administração hospitalar permaneceu subordinada à Santa Casa de Misericórdia. É após a Proclamação da República que o Estado brasileiro assumiu a assistência às pessoas diagnosticadas como doentes mentais (RESENDE, 2001).

Em 1930, tem-se como marco o papel centralizador do Estado e novo ciclo econômico. Foram criadas instituições como o Ministério da Educação e Saúde Pública, em que a educação entra como a ferramenta mais apropriada para propagar o pensamento higienista. Inclui-se assistência médica previdenciária, destinada aos trabalhadores urbanos organizados através da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. No pós-guerra, o Brasil iniciou o período econômico, político e social denominado de desenvolvimentista. Nesse momento, 1945-64, o governo considerou o setor saúde como estratégico para o desenvolvimento econômico, sendo uma das quatro bases do plano Salte (saúde, alimento, transporte e energia). A saúde foi o único setor social relacionado aos problemas do desenvolvimento devido ao entendimento de que ela era a precondição ao aumento da produção e da riqueza social, já que a classe trabalhadora era vista como setor rentável (DIAS, 2007).

A partir da década de 50, tem-se a ênfase no modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e da prática especializada – ocorre a promulgação do decreto de 1946 que estimula a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais, visa-se consolidar a política macro-hospitalar pública como principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. A política se concretiza com aumento dos hospitais e da população institucionalizada; dá-se também a acelerada industrialização com o estímulo do governo na produção de medicamentos como os psicotrópicos (DIAS, 2007).

A psiquiatria foi incorporada como assistência à saúde em 1950 com o auxílio das drogas antipsicóticas que surgem no Brasil, em 1955. Na década de 60, sobretudo nos EUA, desenvolveram-se instrumentos técnicos para encontrar os possíveis suspeitos de “transtorno mental”. Testes breves de personalidade eram utilizados para a realização de psicodiagnósticos, como *Cornell Medical Index* e o *Minnesota Multiphasic Personality*

Inventory, com a integração de serviços médicos e serviços assistenciais. Na década de 70, recomendava-se a regionalização dos serviços, devido à crítica ao macro hospital e à busca de alternativas à hospitalização integral (RESENDE, 2001; SILVA FILHO, 2001).

O setor saúde segue permeado pela disputa por legitimidade entre a saúde pública, com seu modelo campanhista, e a atenção médica previdenciária, curativista e privada. No governo João Goulart, o Ministério da Saúde propõe a criação de um Plano Nacional de Saúde e a Municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Foi a primeira vez em que se discutiu a organização dos serviços médicos, tendo-se uma nova concepção de planejamento em saúde, o que gerou um crescimento das redes de saúde públicas estaduais e municipais. O atendimento de Pronto-Socorro passa a justificar-se para atender a população excluída do sistema previdenciário (DIAS, 2007).

Mas, nos anos de 1964-85, com a Ditadura Militar, houve um desmantelamento dos poderes estaduais e municipais e intensificação da centralização das ações de saúde. Tem-se como estratégia a medicalização social, sem precedentes na história do país. Como padrão de saúde, existem cuidados médicos individuais e a construção de hospitais, laboratórios e serviços privados, a multiplicação de egressos das faculdades de medicina e de odontologia. Em 1966 o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – substitui os Institutos de Aposentadoria e Pensões, e em 1979, ocorre o primeiro Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo (DIAS, 2007).

No Governo Geisel (1974-79) há uma crise econômica, desestabilização do mercado internacional, aumento da dívida externa, fim do período do milagre econômico, aumento de salários e elevação da taxa de inflação, sistema hierarquizado e regionalizado em concordância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁹. Durante a abertura desse governo, ocorre um decréscimo na destinação dos recursos; a criação do INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social) – responsável pela assistência médica. Porém, a presença institucional do INAMPS em todos os estados como representante do poder central dificultou ainda mais a capacidade do poder local de formular e deliberar sobre políticas de saúde (DIAS, 2007).

Do mesmo modo, essas iniciativas incrementaram a privatização no setor da saúde, sendo que a atenção primária à saúde propiciou o desenvolvimento da oferta de serviços ambulatoriais básicos à população excluída do acesso a equipamentos sociais como forma

¹⁹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) enuncia um parecer sobre a saúde mental nos países em desenvolvimento e recomenda a descentralização no atendimento, criação de formas de prevenir, tratar e reabilitar, e condena a construção de hospitais psiquiátricos para a clausura de doentes mentais (DIAS, 2007).

também de compensar o grau de privatização da assistência médica ampliada pela criação do INAMPS. O Plano Integrado de Saúde Mental é estabelecido e prevê a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental nas coordenações estaduais de saúde. No entanto, concretamente, a oferta de serviços não foi satisfatória, pois, no campo da saúde, a década de 1970 foi marcada pela pouca destinação orçamentária (DIAS, 2007).

Dias (2007) aponta então que até os anos de 1980, tem-se a preocupação com o desenvolvimento da Nação. Do mesmo modo que há uma disputa entre saúde coletiva e o atendimento médico individualizado, há ainda como característica a interconexão do interesse do capitalismo mundializado com a ênfase ora na hospitalização ora na atenção primária, com destaque na saúde mental e reação a lógica centralizadora da saúde e do modelo hospitalocêntrico e manicomial na saúde mental. As forças que sustentavam o regime militar vão perdendo sua hegemonia ao mesmo tempo em que ocorrem reações de segmentos sociais devido à crise econômica, social e política advindas da queda do produto interno bruto, da aceleração inflacionária, da redução na capacidade de investimento econômico e da aceleração da desigualdade social.

Em fins do regime ditatorial, as relações entre sociedade e Estado passam a ter as características de estado de direito, pluralismo político e sistema de representação partidária, criando as condições históricas para o processo de democratização. As mudanças ocorridas marcaram a formulação de nova concepção de saúde e de saúde mental, de novos desenhos institucionais, alterando a política e a relação dos segmentos sociais envolvidos com a gestão da saúde. É um momento também de crise da Previdência Social com expansão da cobertura de beneficiários sem a respectiva criação de novas fontes de financiamento que assegurassem os recursos necessários. Assim, as críticas ao modelo de saúde vigente se intensificam por parte dos movimentos populares emergentes (DIAS, 2007).

Ainda nesse período, o Ministério da Previdência e Assistência Social incrementou o modelo de “cuidados médicos individuais como padrão de saúde” pautando um crescimento da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente grande número de construção de hospitais financiados pelo setor público e compra de vagas no setor privado. Esse período, denominado de privatização da assistência médica previdenciária, é uma característica da reorientação da política nacional de saúde por uma prática curativa, individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Concomitantemente, tem-se um impulso ao modelo da internação psiquiátrica (DIAS, 2007).

Conforme seguimento dos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e

devido às mudanças na política estatal, em 1981-91, tem-se a redução no número de hospitais psiquiátricos. Em 1982, a Portaria nº 3.108 regula as mudanças no modelo assistencial em saúde mental, ou seja, este deve ser predominantemente extra-hospitalar, ser exercido por equipe multidisciplinar, incluir numa estratégia de atenção primária de saúde, utilizar recursos intermediários entre o ambulatório e a internação integral – como hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão e oficina protegidas, restringir a internação aos casos estritamente necessários, promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (DIAS, 2007).

Mas o contexto desse período ditatorial é de crise econômica e política, início de organizações sindicais, retorno do pluripartidarismo e vitória da oposição nas eleições diretas para governadores em 1982. Ocorrem mobilizações de movimentos sociais com a luta por variados temas, alta inflação, com mínimo investimento. E, ainda, a filantropia como responsável pela oferta de serviços hospitalares, analfabetismo, acesso à saúde caracterizado pela discriminação existente entre os segurados – cujos serviços tinham maior volume de investimento e, mesmo assim, insuficiente – e os dependentes da oferta de rudimentares serviços estatais (DIAS, 2007).

No setor saúde, o governo anuncia a crise econômica e sua incapacidade de financiá-la, intensificando o debate nos movimentos sociais, nas categorias profissionais e no campo acadêmico comprometido com as mudanças sociais. Ocorrem denúncias das condições de saúde da população e propõem-se alternativas para a construção de uma política de saúde democrática, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização, a participação da população e a unificação no setor (DIAS, 2007).

Emergem, então, as condições propícias para a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), através de decreto em 1987. As ações integradas de Saúde vão ganhar maior expressão nacional, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde e contemplando a participação na estrutura da saúde através dos colegiados representativos para acompanhamento da política de saúde – as Comissões Interinstitucionais de Saúde no âmbito nacional, estadual e municipal, que formaram as bases para os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, a partir da Lei 8.142, de 1990 (DIAS, 2007).

O SUDS alterou o papel do INAMPS que passou a ter funções de planejamento orçamentário e acompanhamento do sistema de saúde deixando de ser prestador de serviço. Mas a União não aplicou seu discurso de descentralização, o município ficou num papel

coadjuvante, como prestador e executor de serviço. O SUDS sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que por sua vez ocorreu porque as forças sociais organizadas em prol do movimento de Reforma Sanitária conseguiram incorporar suas premissas na Constituição Federal de 1988 que foi, assim, a base para a Lei Orgânica da Saúde – Sistema Único de Saúde – SUS, na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. A saúde fica calcada nos princípios de universalização, descentralização, participação e na noção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (DIAS, 2007).

Segundo Dias (2007), no setor da saúde mental, os usuários, os familiares desses e os trabalhadores em saúde mental passam a reivindicar alterações no modo de atenção vigente. Como exemplo, tem-se o Movimento Antimanicomial reivindicando ampliação ou criação de espaços participativos. O Movimento Social produz uma luta no campo político e do conhecimento, pois faz o debate sobre a conquista de direitos de parte da população e estabelece novas categorias teóricas, filosóficas e práticas no campo da Saúde Mental, que sugerem a necessária inclusão do portador de transtorno mental no espaço dos cidadãos. Assim,

[...] o hospital psiquiátrico passa a ser traduzido como uma instituição manicomial em decorrência de seu modo *operandis geres* uma conseqüente degradação nos indivíduos pela massificação do atendimento a partir das classificações nosológicas, o que cria uma despersonalização dos sujeitos; utilização de espaços restritivos como medidas terapêuticas, gerando uma dupla mortificação; desconhecimento do motivo da internação por parte do próprio indivíduo internado; ausência de privacidade e de liberdade de expressão; violação de correspondência; negação da sexualidade; infantilização; acesso à atividade como prêmio e a interdição civil (DIAS, 2007, p.59).

Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica foi estabelecida nos anos 90 no contexto de democratização política e de Reforma Sanitária e implementada na conjuntura do debate sobre a reforma do Estado. Ou seja, os desafios para implantação da Reforma Psiquiátrica foram colocados pela situação de alteração no papel do Estado já que pôde se instalar uma política de saúde mental em um contexto de ajuste estrutural com retração do Estado na efetivação das políticas sociais e desmonte dos direitos sociais (DIAS, 2007).

O momento histórico brasileiro é de contradições, o que propicia um ambiente fértil às lutas sociais. A conquista do direito da escolha livre dos governantes ocorre num contexto de ajuste econômico e de reforma das estruturas do Estado, implicando em retração do financiamento das políticas sociais e no agravamento da desigualdade social. Ocorre um distanciamento aos princípios da Reforma Sanitária, tais como a descentralização – na primeira década do século XXI a contra-reforma do Estado é apoiada pelos organismos

financeiros internacionais como o Banco Mundial, que propugna diretrizes divergentes dos projetos de Reforma Sanitária; e ainda, em 1990 o Governo institui o SUS e ocorre a criação do Programa Saúde da Família – PSF (DIAS, 2007).

A partir de 1990, os organismos internacionais pautam as políticas econômicas e sociais dos países da América Latina. Suas orientações abrangem também o campo da saúde mental procedentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), agência para a América Latina e Caribe, e as Nações Unidas. Pode haver sintonia entre os postulados do movimento pela Reforma Psiquiátrica com os ordenamentos instituídos mundialmente pelas agências multilaterais. Destaca-se a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (OPAS, 1990) que passou a ser identificada com a Declaração de Caracas (DIAS, 2007).

A declaração de Caracas passou a ser um importante parâmetro na elaboração de políticas na área de saúde mental que contemplam a atenção de base municipal e ambulatorial e na avaliação de que o modelo centrado no hospital psiquiátrico não produz condições para o desenvolvimento de saúde mental para as populações. Outra declaração importante é a da Organização das Nações Unidas (ONU) que, em 1991, adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência a Saúde Mental, explicitando que toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (DIAS, 2007).

1.1.2 A Situação da saúde mental no Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, em 1884, iniciaram-se as atividades em saúde mental, tendo como marco institucional a inauguração do Hospício São Pedro (HSP). Antes da inauguração desse Hospício, outros lugares já lidavam com a loucura, como a Santa Casa de Misericórdia, espaço destinado ao tratamento de insanos a partir de 1860. O Asilo de Alienados da Santa Casa, inicialmente, internava os considerados loucos excedentes da Cadeia Pública. Assim, a Cadeia Pública abrigava os “loucos furiosos”, ou seja, os considerados mais perigosos, enquanto o Asilo de Alienados da Santa Casa abrigava os “loucos mansos” (SCHIAVONI, 2001).

O Provedor da Santa Casa de Misericórdia desencadeou uma campanha junto às autoridades para a construção de um asilo para loucos. O HSP teve na sua direção o Dr.

Carlos Lisbôa que possuía conhecimentos em psiquiatria, algo pouco comum na província ou mesmo no país. Assim, no Império, os três locais de cuidado da loucura eram a Cadeia Pública, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospício São Pedro (SCHIAVONI, 2001). A classificação das alienações mentais para internação considerava o nome, a idade, a filiação do sujeito. O fator de distinção entre a Santa Casa e a Cadeia Pública quanto às classificações utilizadas era a ênfase nos motivos da internação e nas causas da doença.

A valorização da natureza como curadora é anterior ao aparecimento dos manicômios²⁰. Os sítios campestres eram valorizados devido à crença de que a natureza tinha função terapêutica, assim, o meio exterior exercia ação sobre os corpos e a medicina não apenas era vista como técnica de emprego de remédios sobre os doentes, mas também estabelecia um modo de viver – definindo como alimentar-se, vestir-se, dormir –, além de garantir a vigília de todas as ações do sujeito. Os passeios e caminhadas ao ar livre, o cultivo de horta e os serviços domésticos eram considerados como fonte de terapia, já que tanto o meio ambiente quanto o trabalho eram percebidos como curativos (SCHIAVONI, 2001).

Com a morte do Dr. Carlos Lisbôa, o Estado assumiu o HPS, que até então era administrado pela Santa Casa. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre iniciou suas atividades em 1826, quando começou o recolhimento dos doentes mentais da Província. O governo só assume o atendimento a saúde mental devido ao desgaste das Santas Casas por não conseguirem prestar um serviço adequado aos pacientes (DIAS, 2007).

O Hospício foi deixado em segundo plano e passou à direção do Dr. Olympio Olinto de Oliveira, médico não psiquiatra. A Constituição Estadual de 1891 deixou livre o exercício de qualquer profissão, sem privilegiar as adquiridas por meio de diplomas. Desse modo, mesmo com a inauguração da Faculdade de Medicina, em 1898, esta não tinha exclusividade nem muita importância no cuidado dos “insanos” (SCHIAVONI, 2001).

Segundo Schiavoni (2001), no início da República, era o Estado, e não o médico, quem determinava os tipos sociais a serem enclausurados no hospício. Com isso, a psiquiatria, a fim de se legitimar enquanto saber, se vinculou ao projeto de elite. Em 1900, instaurou-se uma crise das teorias que concebiam a alienação como uma doença de caráter físico-moral, buscando nos órgãos do corpo as causas da “perturbação” e origem da loucura. Essa ênfase fisiopatológica ganhou impulso com as descobertas tecnológicas como a introdução do microscópio, por exemplo.

Assim, o Rio Grande do Sul tem características peculiares que marcaram a trajetória

²⁰ Termo que designa hospital de loucos (LUFT, 1984). Outras designações como instituições psiquiátricas, asilo de alienados, hospício também são usadas, cada uma no momento histórico em que surge.

no campo sanitário e da saúde mental, ao mesmo tempo em que há atrelamentos com as direções nacionais como, por exemplo, a criação do Hospício São Pedro que por muitas décadas se constituiu como pólo central de atendimento. As primeiras tentativas de tratar os doentes mentais de forma institucionalizada se fizeram com as obrigações das Santas Casas de Misericórdia, tarefa associada ao caráter assistencial destas organizações sociais, correspondendo ao modo residual de conceber a política social em que o saber psiquiátrico ainda não estava constituído, e as instituições hospitalares se faziam necessárias para assumir os estranhos à normalidade (DIAS, 2007).

Como se visava garantir a unidade nacional no projeto de industrialização, na década de 30, no Estado Novo, o governo inicia a formação de profissionais especializados para o setor, bem como cria o Código Sanitário do Estado. Em 1937, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), sob direção de Dr. Godoy, realizam-se obras na instituição e instalam-se serviços ambulatoriais e carreiras novas na área de saúde mental. Cria-se a carreira de médico psiquiatra e define-se que o ingresso de profissionais se daria através de concurso público; cria-se a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social (DIAS, 2007).

Em 1930, uma série de teorias de caráter eugênico ganhou atenção no Brasil com os trabalhos de Cesare Lombroso²¹, os quais diziam que o comportamento desviante não seria de ordem moral, mas de deformidade inata. O alvo dos discursos que instituíam a norma eram as prostitutas, os desocupados, os miseráveis, os velhos, os epiléticos, entre outros. Os considerados desviantes da ordem eram enquadrados e postos ou no Hospício São Pedro ou nas Cadeias, ambos institutos de controle social.

No Rio Grande do Sul, pós II Guerra Mundial e de promulgação da nova Constituição Federal, em 1946 – que reinstala o regime democrático no país –, teve-se um período de importantes crises econômicas, conseqüências do novo padrão de industrialização nacional. No período desenvolvimentista (1945-1964), há uma nova ordem do desenvolvimento da economia brasileira, esta cada vez mais dependente de financiamento internacional para custear a montagem da infra-estrutura necessária, o que imprimiu um patamar de novas exigências no campo das políticas sociais (DIAS, 2007).

Várias mudanças acontecem na política de saúde como a criação do Conselho Estadual de Saúde – decreto nº 10.390, em 1958, e a criação do serviço aberto no Hospital Psiquiátrico São Pedro, ambulatório de psiquiatria, em 1960. A política constituía um processo de desospitalização que já começa a ser construída neste período em âmbito federal por

²¹ Criminalista italiano que procurou correlacionar aparência física com tendência para comportamentos criminosos (LARAIA, 2002).

organismos internacionais, quando os setores envolvidos com a saúde mental²² fazem avaliações do custo e da baixa resolutividade dos grandes hospitais psiquiátricos, recomendando sua gradativa desmontagem e a construção de hospitais especializados com serviços ambulatoriais (DIAS, 2007).

Na década de 70, durante o período do Regime Militar (1964-1985), ocorre uma situação de inflação e recessão, ou seja, dívida e baixa taxa de crescimento. Tem-se também o enfraquecimento do Estado-Nação, corte nos direitos sociais e coberturas sociais públicas e abandono do pleno emprego. No entanto, no Rio Grande do Sul, a marca do período que vai se consolidando é o caráter comunitário no modo de atenção em saúde em geral, com o pioneirismo do programa Sistema de Saúde Comunitário Murialdo, instalado na região leste da capital, adotando a metodologia de integração entre ações de prevenção, curativa e de reabilitação, associadas ao ensino e pesquisa (DIAS, 2007). Ainda conforme Dias (2007):

As medidas de desospitalização do HPSP foram resultados concretos de uma importante organização estatal da política de saúde mental na época, pois pela primeira vez foi formada uma instância responsável pelo planejamento e gestão das ações na área. Em 1972 é Criada a Equipe Central de Saúde Mental na Secretaria de Saúde, que dirigiu um conjunto de ações significativas na condução de mudanças requeridas, considerando que pela primeira vez o programa de saúde mental é incluído entre as prioridades de governo na área da saúde. Desta forma, o programa de setorização e de qualificação de profissionais, na lógica da regionalização, resultou na gradativa diminuição de pacientes internados no HPSP [...] (DIAS, 2007, p.73).

Em 1987, com a Nova República, ou seja, fim do regime militar e instauração do regime democrático, tem-se a admissão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e enfatiza-se nos projetos de municipalização a questão da saúde mental. Em 1988, ocorre a criação do Centro Comunitário de Saúde Mental Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, primeiro serviço de saúde mental substitutivo no Rio Grande do Sul e acontece o II Encontro Estadual de Saúde Mental. No período de 1983-87, na gestão do HPSP, dá-se uma democratização interna da instituição, pois pela primeira vez os setores profissionais e as unidades de internação nomeiam suas chefias, e os profissionais como os assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos puderam ostentar estes cargos de chefia, marcando a ruptura com a autoridade exclusiva da medicina na instituição. Tem-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – visando contribuir com o avanço da Reforma Sanitária. As diretrizes assumidas estavam alicerçadas nos princípios constituídos pela Reforma Sanitária, como universalização, integralidade, regionalização e descentralização das ações de saúde (DIAS,

²²No caso, se está referindo à Campanha Nacional de Saúde Mental e à orientação técnica do Comitê de Especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974.

2007).

A composição política constituída no governo Pedro Simon (1987-1990) criou as condições para a formação de uma política de saúde mental orientada pelos princípios de Reforma Sanitária, e a gestão teve a marca de assumir politicamente a defesa dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, numa crítica ao modelo hospitalocêntrico e manicomial adotado até então. As estratégias na condução da política de saúde mental foram de redistribuição do poder, resgate da cidadania do doente mental e socialização do saber. Essa nova perspectiva de conduzir e pensar a saúde mental no Rio Grande do Sul marcou a história do setor, imprimindo um debate participativo, com a estratégia principal da formação e qualificação profissional (DIAS, 2007).

Tentativas começaram a ser realizados para extinguir a função asilar assistencial do HPSP. Objetivou-se também a adoção de tempo médio de tratamento hospitalar e de critérios de internação. A composição de equipe multidisciplinar nas unidades de atendimento, as abordagens terapêuticas voltaram-se para uma atenção individualizada e comunitária aos moradores. Foi uma época de mudanças de concepção sobre a forma da atenção na saúde mental, registrando a passagem para uma perspectiva pautada na noção de cidadania dos portadores de transtorno mental (DIAS, 2007).

O projeto político na gestão de 1999 a 2002, no Rio Grande do Sul, determinou como uma das prioridades a implantação de Reforma Psiquiátrica, sendo o hospital psiquiátrico público alvo de ações de transformação, como, por exemplo, o Projeto Morada São Pedro. A Reforma Psiquiátrica tem sido a diretriz da política pública adotada paulatinamente, com avanços e recuos, pelo governo brasileiro desde a década de 1990, permanentemente sendo negociada entre as forças políticas (DIAS, 2007).

Contudo, a adoção da Reforma Psiquiátrica acontece num momento histórico e contraditório em que os países da América Latina começam a vivenciar os primeiros ensaios neoliberais com a retração do Estado e a cessão de espaços ao capital privado na esfera econômica e no bem estar social, agravando o processo de empobrecimento da população. A Rede de atendimento aparece como uma mudança na política de saúde mental, pois se supõe que ela contempla as necessidades singulares e sociais dos sujeitos portadores de transtorno mental (DIAS, 2007).

O papel mobilizador do Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi preponderante no processo de discussão da lei de Reforma Psiquiátrica por meio da realização de eventos, campanhas, comunicações e debates na imprensa, resultando que o Rio Grande do Sul foi o pioneiro na história do Brasil em estabelecer uma legislação que contemplasse a nova lógica

em saúde mental. A organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental ocorreu em 1991, durante um encontro estadual realizado em Bagé, quando os vários grupos que defendem uma sociedade sem manicômios se articulam e se fortalecem como um movimento social, marcado pela informalidade, mas orgânico na defesa do projeto da luta antimanicomial (DIAS, 2007).

O Conselho Estadual de Saúde foi uma instância que também desempenhou um papel importante na formulação da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Um conjunto de medidas foi adotado, sendo significativa a construção do projeto de transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, denominado São Pedro Cidadão, em 1993. A homologação dessa proposta não foi realizada na gestão estadual daquele período, somente em 1999, quando o programa São Pedro Cidadão foi elevado a uma das prioridades do governo. A mobilização em torno do HPSP, símbolo da luta pela Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, foi e continua sendo, desde então, um espaço de disputas entre os que defendem e os que são contrários as mudanças no campo da saúde mental (DIAS, 2007).

Segundo Dias (2007), é a previsão orçamentária e a sua execução que oferecem a medida real e concreta sobre o “estado da arte” da saúde mental, assim como toda e qualquer outra atividade pública. Há ainda, atualmente, insuficiência da rede extra-hospitalar, dificuldade na capacitação dos recursos humanos, restrição dos gastos dos municípios com pessoal, problemas de logística na aquisição e fornecimento de medicamentos, estigmatização dos beneficiários pela sociedade, avaliação deficiente das ações. As medidas adotadas ainda são insuficientes para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora de cidadania e de reintegração social da pessoa portadora de transtorno mental.

Há ainda, conforme Dias (2007), queda na capacidade do governo de financiar ações em saúde mental, tendo maior gasto com internação psiquiátrica, mas com redução dos leitos e não investimento em serviço de atenção integral em saúde mental. Tem-se também a ampliação de CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) no Rio Grande do Sul, mas os recursos gastos e o quantitativo dos serviços de atendimento em saúde mental no país ainda são insuficientes. A coordenação nacional da política de saúde mental expressa que os desafios não são mais em relação à mudança do modelo de atenção, mas sim na consolidação deste através da sustentabilidade financeira, técnica e política.

Dias (2007) segue afirmando que a Reforma Psiquiátrica brasileira viabilizou-se no bojo da Reforma Sanitária, que, por sua vez, implanta-se no ambiente das transformações societárias mais recentes. Nesse sentido, o ideário da Reforma produziu resultados que ainda precisam ser consolidados. A sistematização sobre a gênese e formulação da política de saúde

no Brasil revelou a visão estratégica do setor tanto na reprodução das condições de vida das classes trabalhadoras, como para o desenvolvimento da nação, e também explicitou os fundamentos teóricos da ainda presente dissociação e desarticulação entre saúde coletiva e saúde individual, na disputa constante entre os interesses do mercado e as demandas da cidadania.

A interconexão de interesses do capitalismo mundializado também fica evidenciada pelas diferentes formas de orientação dos organismos internacionais, num contexto de transformações societárias advindas da reestruturação produtiva do capitalismo, que expressam as novas relações constituídas no âmbito planetário e que, como consequência, alteram o conceito de Estado-Nação e influenciam a formulação da política de saúde e de saúde mental gaúcha e brasileira (DIAS, 2007).

Assim, procurou-se contextualizar neste capítulo as noções e as exteriorizações sobre a loucura como uma questão social em âmbito mundial. No Brasil, a loucura aparece, conforme exposto ao longo do texto, em consonância com a ordem internacional, mas possuindo suas particularidades enquanto objeto de disputa ao longo do tempo. Por fim, apresentam-se também as respostas oferecidas à questão da saúde e da doença mental no Rio Grande do Sul.

2 A CONTESTAÇÃO ÀS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS SOBRE A LOUCURA

A Antipsiquiatria teve sua origem nos anos 60, em Londres, e surgiu com o objetivo de denunciar as ações cometidas pela psiquiatria em nome de um saber científico e de um poder. Psiquiatras e psicanalistas, como Ronald Laing e David Cooper, reuniram-se para debater suas experiências clínicas com doentes mentais. Alguns fatores condicionaram o surgimento da antipsiquiatria – termo cunhado por David Cooper – como questionamento do modelo psiquiátrico clássico em um contexto de deficiências assistenciais dos asilos-manicômios que levariam à cronificação da doença (PINTO, 1998). E ainda, conforme colocam Kantorski *et al* (2002), enquanto a Europa voltava-se para a desospitalização, no Brasil dos anos 70, o modelo clínico contou com o processo de industrialização, em que a indústria farmacêutica e equipamentos médico-hospitalares foram incentivados juntamente com o aumento de leitos psiquiátricos e da rede privada contratada.

A psiquiatria clássica era tida como repressora e violenta. Assim, a antipsiquiatria²³ propunha a autenticidade, a singularidade como valor e a humanização do tratamento. Observou-se que as pequenas unidades constituiriam meios terapêuticos ideais para o tratamento dos pacientes, permitindo maior liberdade de movimentos e evitando a imposição de papéis, como recomendava a psiquiatria tradicional (PINTO, 1998). No entanto, Foucault, conforme Mendes (*s/d*), tece crítica afirmando que a anti-medicina contrapõe à medicina fatos e projetos revestidos de certas formas de medicina e em nome de um saber médico mais completo e refinado, como por exemplo, a anti-psiquiatria, ou seja, um discurso de tipo médico bem elaborado e que não transpõe os limites da medicalização (MENDES, *s/d*).

Para Silva e Ewald (2006), diversas correntes no mundo questionam as instituições psiquiátricas desde a década de 60. Na Inglaterra, antes da antipsiquiatria tomar corpo no país, tinha-se como reforma a "Comunidade Terapêutica" em que pacientes, familiares e profissionais em saúde mental participavam da administração do hospital psiquiátrico sem concentrar o poder no médico-psiquiatra, ainda que mantendo o modelo asilar-manicomial.

A "Psicoterapia Institucional" e a "Psiquiatria de Setor" surgem na França. Na primeira, desde que o tratamento acolha o paciente com diversas oficinas terapêuticas e haja espaço de circulação, acredita-se na instituição psiquiátrica. No caso da segunda, defende-se que o principal do tratamento ocorra na comunidade. Nos Estados Unidos da América (EUA),

²³ Os antipsiquiatras tinham uma orientação voltada à esquerda e, assim, deram um enfoque político à questão (PINTO, 1998).

a "Psiquiatria Preventiva" considera que a doença mental pode ser detectada antes de sua ocorrência e assim a psiquiatria deve controlar as atividades sociais. Na Itália, a internação em asilos e o controle médico são contestados pela "Psiquiatria Democrática", que visa eliminar o isolamento, a tutela e o controle do doente mental, bem como incentivar a relação do louco com a comunidade.

O surgimento do Movimento Antimanicomial apareceu nesse cenário como resistência aos modelos vigentes, trazendo consigo sua filosofia acerca do tratamento adequado, bem como suas posições políticas e lutas por verdades. O modelo manicomial de internação passou a ser contestado em âmbito mundial, inclusive no Brasil, em fins da década de 70 e início dos anos 80. Profissionais da área da saúde – médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros –, insatisfeitos com a idéia de que os pacientes não melhoravam sua condição de saúde mental nos manicômios, fundaram inicialmente o chamado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental²⁴.

Em 1978, profissionais de saúde denunciam as más condições dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, inclusive a exploração de trabalho dos bolsistas sem direitos trabalhistas. Como resposta, o Governo fluminense demitiu os estagiários e extinguiu os programas de estágio contratando médicos concursados do INAMPS. Esse fato foi considerado o marco inicial para a organização de trabalhadores em prol da saúde mental e foi chamado de “crise de DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Naquele ano ainda, ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, com a participação dos profissionais demitidos do Rio de Janeiro. Foi um momento importante já que se marcou o I Encontro dos Trabalhadores²⁵ em Saúde Mental para o ano seguinte, 1979, a realizar-se em São Paulo, o que originou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental²⁶ (MTSM) (RAMOS, 2003).

Outro marco significativo aconteceu em 1987, quando se realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde com

²⁴ Nesse período, após 20 anos de ditadura militar no Brasil, iniciava-se o processo de abertura política e, assim, surgiam as lutas por direitos civis, direitos humanos, entre outros, reivindicados por diferentes movimentos sociais.

²⁵ O uso da expressão Trabalhadores em Saúde Mental deve-se a três perspectivas. A primeira é a tentativa de fugir de um sentido corporativo de uma categoria, indicando que não se tratava apenas de médicos. A segunda é demarcar uma categoria supraprofissional. O outro sentido é ideológico de pertencimento à esquerda política (RAMOS, 2003).

²⁶ Primeiro nome do Movimento da Luta Antimanicomial. Em cada Estado do país, foram criados núcleos ou segmentos do Movimento, cada um com designação própria. Aqui no Rio Grande do Sul, chama-se Fórum Gaúcho de Saúde Mental e, em Porto Alegre, Movimento da Luta Antimanicomial de Porto Alegre. França (2001) cita em sua dissertação de mestrado o Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal – DF, representante brasileiro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Portanto, procura-se respeitar a autonomia de cada Estado em sua forma própria de organização.

delegados eleitos nas Conferências Estaduais. Nesse momento, é proposto o lema “por uma sociedade sem manicômios” e é criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Ocorre ainda o Congresso de Bauru e a criação de experiências institucionais alternativas em São Paulo, Santos e Bauru, bem como se elabora o projeto lei de Paulo Delgado²⁷.

Esse momento rompe com o processo anterior da Reforma Psiquiátrica porque estas alternativas indicadas anteriormente reconhecem a inviabilidade de transformação interna das instituições. Assim, opta-se pela perspectiva desinstitucionalizante e basaglianas²⁸. De acordo com Ramos (2003), verificam-se influências teóricas e práticas de modelos de atendimento à doença mental de movimentos internacionais como os Europeus e dos EUA²⁹. Os inspiradores da “nova psiquiatria” foram os psiquiatras Luiz Cerqueira, Oswaldo Santos e Hélio Pellegrino, no Brasil, e correntes de âmbito internacional como a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psiquiatria institucional de Tosquelles, a psiquiatria de setor de Bonnafé, a psiquiatria preventiva de Caplan, a antipsiquiatria de Laing e Cooper, e, mais tarde, a psiquiatria na tradição de Basaglia e das experiências de Gorizia e Trieste, na Itália³⁰.

Assim sendo, o Movimento Antimanicomial brasileiro tem como referência o médico italiano Franco Basaglia, porque a partir de sua experiência enquanto profissional da saúde em hospital psiquiátrico concluiu que o tratamento utilizado não dava resultado positivo. Em um primeiro momento, Basaglia queria transformar o manicômio em seu interior para ser hospital de cura e assim envolver técnicos e pacientes, sendo ambos responsáveis pelo

²⁷ Projeto lei de Paulo Delgado nº 3.657/89, que propõem a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. Somente em seis de abril de 2001 que se aprova a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

²⁸ Dizem respeito à crítica às instituições psiquiátricas por entender que estas mais agravam que sanam o estado de saúde do interno e proposta de “serviços substitutivos” aos manicômios como atenção integral, ou seja, nas esferas da vida do usuário como trabalho, educação, família, entre outras, atendimento domiciliar e desenvolvimento de atividades as mais variadas como, por exemplo, as que envolvem cultura e lazer (AMARANTE, 1996).

²⁹ A noção de desinstitucionalização surge nos EUA, em decorrência do Plano Mental do Governo Kennedy, no início dos anos 60, e refere-se a um conjunto de medidas como desinstitucionalizar para diminuir os custos da assistência, promover ações preventivas como o trabalho se dar na comunidade para reduzir as internações e práticas de readaptação social. Contudo, o que está em evidência é um novo gerenciamento de recursos e serviços e menos a mudança no tipo de assistência, da terapêutica e do saber psiquiátrico. Conforme proposto pelo Movimento, deve ocorrer a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de cuidado, não entendendo como desassistência, desospitalização ou dispensa institucional como poderia pensar interessados na permanência do Hospital Psiquiátrico por lucrar com isso, como a indústria farmacêutica, corporações psiquiátricas, empresários de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1996).

³⁰ O primeiro trabalho de Basaglia é em Gorizia, na Itália, em que ingressa em 1961. Demite-se sete anos depois, em 1968, juntamente com grande parte da equipe, dando alta aos internos porque constata que o hospital psiquiátrico não servia como terapêutica. Em 1970, assume o Hospital Psiquiátrico Provincial em Trieste e, em 1976, esse hospital é oficialmente fechado. É aberto o primeiro Centro de Saúde Mental, em Aurisina, com o objetivo de dar início à rede de “serviços substitutivos” ao hospital psiquiátrico que passam a oferecer atenção integral 24 horas, atendimento domiciliar, apartamentos e serviços de emergência. Em 13 de maio de 1978, é aprovada na Itália a Lei nº180 ou lei Basaglia, assim conhecida popularmente. Mas, a tradição Basagliana, como denomina Amarante (1996), não é adotada em toda a Itália.

tratamento. Conforme Amarante (1996), com o contato com as teorias de Goffman e Foucault, Basaglia inicia a sua fase de crítica institucional, refletindo sobre a idéia de desconstrução do saber psiquiátrico entendendo que a cura só seria possível se o paciente retornasse a liberdade ao qual havia sido privado.

Nessa perspectiva, ocorre a abertura do Movimento para usuários e familiares³¹ e o nome do Movimento se altera para Movimento por uma Sociedade sem Manicômios ou Movimento da Luta Antimanicomial (RAMOS, 2003), criando-se segmentos do Movimento em diversas regiões do país. No Rio Grande do Sul, o núcleo chama-se Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

O Movimento Antimanicomial propunha outra forma de atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, dispondo-se a romper com os paradigmas, filosofia e técnica de tratamento até então utilizados. Essa nova modalidade de atendimento assume que os profissionais da saúde não decidem sozinhos a questão da saúde mental, pois toda a produção de conhecimento provém da relação entre os técnicos e os usuários. A finalidade do Movimento Antimanicomial passa a ser a luta pelo fim dos manicômios, não apenas como estrutura física, mas também como concepção de tratamento e de exclusão (AMARANTE, 1996), pois a subjetividade do indivíduo é definida também pelo espaço e ambiente em que ele vive³².

Assim, não é apenas extinguir os hospitais psiquiátricos, mas permitir a possibilidade de viver de várias maneiras esse sofrimento e entendê-lo como o produto de diversos fatores. A mudança é mais social e política do que sanitária, isso é, a principal modificação que deve ocorrer está no campo simbólico, pois se deve mudar a maneira como a sociedade pensa a doença e o doente mental. O conceito chave para o Movimento Antimanicomial é o de cidadania para reverter a idéia de que o “louco” não pode participar do espaço da cidade. Pretende-se liberar o sujeito da coação, segregação e controle social. Não são, portanto, buscas de soluções apenas técnicas e administrativas, mas buscas teóricas, sócio-políticas e culturais (AMARANTE, 1996).

³¹ Segundo definição dos próprios participantes, a mim relatado em entrevista – como demanda do trabalho de conclusão do curso de Ciências Sociais/2004 –, o termo “usuário” é empregado para fins de organização dentro do Movimento. É utilizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para designar quem é usuário de serviços de saúde, sendo adotado no Movimento por ser considerado palavra neutra, embora haja controvérsia entre os próprios integrantes. A designação de “familiares” refere-se àqueles que têm algum parente que seja usuário, já a de “técnico” engloba todas as demais pessoas que participam do Movimento, não sendo necessariamente profissionais da saúde.

³² Guatarri (1990) apresenta uma concepção bastante ampla sobre ambiente englobando as relações sociais, a subjetividade humana e o meio físico.

O Movimento emana com uma proposta de construção de uma nova realidade por entender que se a realidade foi construída, então, ela pode ser modificada. Defende uma mudança cultural e institucional para com o preconceito social dirigido ao doente mental e também tenta romper o preconceito científico para com a doença e a necessidade de formular outro conceito de saúde e de doença mental. A doença ou o sofrimento mental não são negados, o que se nega é o conceito que se tem e se aplica (AMARANTE, 1996).

Amarante (1996) entende que a sociedade exclui porque não sabe conviver com a doença. Assim, é preciso construir as condições para que ela também participe das soluções. Essa idéia de desinstitucionalização do tratamento hospitalar é que serviu como referência para o Movimento Antimanicomial no Brasil. Amarante (1996) sintetiza como processo de transformação deve ocorrer: o passo inicial é desconstruir o manicômio para desconstruir o paradigma problema-solução, pois não se trata de um problema simplesmente tecnocientífico, mas normativo, social e ético. Ainda mais que, conforme o autor, na maioria dos casos, o doente acaba incorporando tudo aquilo que a instituição psiquiátrica deseja, ou seja, ser violento, antissocial, alienado. O segundo passo é envolver e mobilizar os sujeitos enquanto atores sociais e protagonistas de suas próprias histórias.

Amarante (1996) denomina os oponentes da mudança como fazendo parte da “indústria da loucura”, ou seja, aquelas pessoas que lucram com isso. São eles: a) a indústria de medicamentos, e lembra que se tem hoje um aumento da patologização dos comportamentos sociais como, por exemplo, a doença do pânico ou fobia social; b) a Universidade porque muitos profissionais reproduzem saberes e com isso patrocinam a indústria farmacêutica e de tecnologia e equipamentos, ligadas à realização de neurocirurgias, lobotomia, eletroencefalograma e eletroconvulsoterapia – é ambivalente a posição da Academia já que ela pode servir tanto para reproduzir conhecimentos como para proporcionar mudanças de paradigmas; c) o corporativismo de trabalhadores, o que pode gerar perigo para a questão da multidisciplinaridade já que os diversos profissionais não rompem com o antigo modelo, reforçando-o. O autor segue afirmando que o que se tem é uma “política de consumo” ao invés de uma “política de saúde”.

2.1 O CURSO DAS CONTESTAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Kantorski *et al* (2002) afirmam que as legislações que determinam sobre a assistência psiquiátrica brasileira quanto aos direitos civis, sociais e políticos dos doentes mentais datam de 1916 (Código Civil) e de 1934, ano de homologação da Lei 24559/34, que dispõe sobre o dever e proteção do Estado relativo às pessoas e bens dos psicopatas, alcoólatras e toxicômanos. Ambas as legislações são centradas no isolamento, na cassação dos direitos civis e sua tutela pelo Estado. Sobre a Reforma Psiquiátrica, a primeira referência data de julho de 1989, como programa dos candidatos às eleições presidenciais dos candidatos Luis Inácio Lula da Silva (Frente Brasil Popular) e Roberto Freire (Partido Comunista Brasileiro). Ambos aderem à Reforma, defendendo a superação do modelo asilar e a construção de serviços alternativos. Ainda conforme os autores, a adesão à Reforma Psiquiátrica pelos candidatos apenas foi possível devido à articulação e pressão dos movimentos sociais interessados na questão. Também em 1989, tem-se o Projeto Lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que aborda, em nível nacional, a ruptura com o modelo manicomial, propondo uma nova rede de assistência, os serviços substitutivos, e proibindo a internação em instituições asilares, entre outros pontos. Essas questões e propostas geraram a lei nº 10.216, somente aprovada em 06 de abril de 2001.

Kantorski *et al* (2002) asseguram que a legislação nacional, comparada ao contexto estadual e municipal, encontra maiores dificuldades de aprovação, tendo em vista a correlação de forças estabelecida no Congresso Nacional. Outro ponto a ser considerado é que as legislações estaduais, por exemplo, avançam mais rapidamente devido à incorporação de aspectos específicos da assistência psiquiátrica, o que favorece a adesão as possíveis propostas.

No Rio Grande do Sul, tem-se como marco a ação dos servidores, trabalhadores em saúde, que já estavam incomodados com a forma a qual estavam sendo tratados os usuários, isto é, com o uso de eletrochoque e maus tratos. Nos anos 70, os trabalhadores em saúde iniciam o Movimento em Porto Alegre, sendo provenientes basicamente do Hospital Psiquiátrico São Pedro, articulados juntamente com regiões como Bagé, Alegrete, Jaguarão, que são cidades com ramificações do Movimento no Estado e que também têm seus marcos fundantes. Essas pessoas se unem pela questão do hospital psiquiátrico como um modelo de

atendimento e tratamento que não se quer; a partir de então, o Movimento Antimanicomial no Rio Grande do Sul começa a tomar corpo.

A contestação ao modelo hospitalocêntrico e manicomial no Rio Grande do Sul encontrou um contexto propício, coincidindo com a época de redemocratização do país e final do governo militar, início dos anos 80, juntamente com a criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. No final da década de 80, forças sociais lideradas pelo Movimento da Luta Antimanicomial começaram a propor novas formas de atenção à saúde mental, o que desencadeia a possibilidade de aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica. Vigente desde 1992, essa lei, pioneira no Brasil, é fruto da luta pela criação dos “serviços substitutivos” em saúde. Conforme a Lei do Estado do Rio Grande do Sul, os “serviços substitutivos” são definidos como:

Rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (RIO GRANDE DO SUL, Art. 2º Lei nº. 9.716 de 07 de agosto de 1992).

Uma modificação conceitual significativa foi considerada na Lei de Reforma Psiquiátrica: a partir de então, utiliza-se “pessoa com sofrimento psíquico” em substituição ao termo de “doente mental”. Além de uma questão semântica, essa designação significa dizer que a pessoa que sofre com um adoecimento não se reduz em sua condição de sujeito à patologia de que é portadora (DIAS, 2007). Entretanto, a lei não extingue os manicômios, ela apenas veda a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, bem como o financiamento de novos leitos nesses hospitais.

Dias (2007) afirma que é preciso entender qual definição sobre Reforma Psiquiátrica se está considerando, pois essa expressão pode ter vários significados. Um deles diz respeito à reorganização dos serviços e modernização da instituição psiquiátrica seguindo as orientações dos organismos internacionais e na ótica da humanização da atenção. Ou seja, se as instituições psiquiátricas perderam o caráter asilar e adotarem relações mais respeitadas com os seus assistidos, a Reforma Psiquiátrica está concretizada.

Outra perspectiva é de se constituí-la como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Por fim, a partir do desvelamento de várias dimensões e significados, entende-se Reforma Psiquiátrica como um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de enfrentar o fenômeno do transtorno mental e do

sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos (DIAS, 2007).

Outra questão de controvérsias refere-se à falta de leitos nos hospitais gerais ou à insuficiência dos serviços de atendimento 24 horas, gerando muitos casos de retorno de usuários aos hospitais psiquiátricos. Os hospitais gerais, que deveriam ter 10% dos seus leitos destinados por lei ao portador de sofrimento psíquico, são reduzidos, ou o usuário fica segregado a um andar exclusivo para a psiquiatria. Esse aspecto, segundo integrantes do Movimento, gera preconceito, pois cria um mini-manicômio dentro do hospital.

O fim do modelo manicomial significa, para o Movimento, ir além da extinção do hospital psiquiátrico, alterando também as concepções acerca da loucura. Com isso, entende-se que a lei não altera por si mesma a estrutura psiquiátrica. É necessária uma mudança cultural que altere o entendimento e o tratamento voltados ao doente mental – o saber psiquiátrico continua presente nas equipes multidisciplinares de Saúde Mental estruturadas em um modelo ressocializador, mas deixa de ser o único legitimado a organizar e definir objetivos e intervenções terapêuticas (FRANÇA, 2001).

Seguindo a linha de entendimento acima exposta, a Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde sugeriu a transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro já que ele simbolizava o foco de exclusão que ocorreu no Rio Grande do Sul. Então, articulou-se a constituição do “Projeto São Pedro Cidadão”, aprovado em 1993, concomitante com outras idéias como a municipalização, intersetorialidade e constituição de novas formas de cuidado na saúde mental como moradias assistidas, hoje denominadas de Serviços Terapêuticos (CRUZ *ET AL*, 2002; ALVES E MALAVOLTA, 2002).

Em 1999, com a junção de várias Secretarias Estaduais como a de Cidadania, da Cultura, da Habitação, do Trabalho, entre outras, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, iniciou-se a execução do “Projeto São Pedro Cidadão”. Atualmente, o acompanhamento e a responsabilidade do Projeto ficam a cargo do Município e não mais do Estado. A idéia inicial de mover o trabalho de várias Secretarias está vinculada ao conceito de saúde dos interlocutores, ou seja, saúde “como garantia da qualidade de vida a partir do acesso a bens e serviços que possam promovê-la, rompendo dessa forma com a fragmentação de ações isoladas [...]” (CRUZ *ET AL*, 2002, p.137). Assim, não se trata apenas de assistência à saúde, mas, para ter uma vida saudável, a pessoa deve ter habitação, educação, trabalho, acesso à cultura e ao lazer, o que se denomina como uma atenção integral (CRUZ *ET AL*, 2002).

O “Projeto São Pedro Cidadão” objetivava a progressiva extinção do Hospital São Pedro e a implementação de serviços e dispositivos sócio-sanitários, assim como a

substituição do isolamento do usuário por práticas de inserção na comunidade. Como estratégias, propunha-se a capacitação dos funcionários, alfabetização dos usuários e trabalhadores do hospital a partir do MOVA (Movimento de Alfabetização de Adultos), criação de várias oficinas como de culinária, música, pintura, de limpeza, entre outras, para serem desempenhadas as habilidades do usuário (CRUZ *ET AL*, 2002).

Com o intuito de promover autonomia e como forma de sustentação financeira do usuário, criou-se o programa de trabalho-renda com grupos de reciclagem de lixo, curso de corte e costura, técnicas de salão de beleza, entre outros. Outras práticas como obtenção de documentos, certidão de nascimento e carteira de identidade, programa de estágios voluntários e curriculares e a revitalização do Hospital para instalação de Memorial e assim ocupar o espaço físico com exposições, teatros, a fim de desmontar a função social de exclusão, também foram sugeridas e/ou realizadas (CRUZ *ET AL*, 2002).

O Programa “Morada São Pedro”, proposto no “Projeto São Pedro Cidadão”, propunha a construção de moradias na Vila do Cachorro Sentado, assim como de casas de passagem para preparação do usuário para inserção social, moradia externa em serviços do município de procedência para que os usuários voltassem a morar em seus municípios de origem. Houve acompanhamento de moradores institucionalizados para fora do hospital para promover interlocução com os habitantes da Vila onde muitos moradores foram morar. Foram realizadas festas, eventos abertos à comunidade, isso tudo para desconstruir noções da comunidade e futura vizinhança a respeito da doença mental e assim facilitar a interação social entre os moradores. Conforme Alves e Malavolta (2002):

No caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos, apesar de termos a derrubada concreta dos “muros psiquiátricos”, existem os muros invisíveis que foram construídos historicamente, que são sustentados pela representação social da comunidade e que se refletem no preconceito e na discriminação social (ALVES E MALAVOLTA, 2002, p.162).

Como coloca França (2001), a importância de alternativas de moradia foi defendida por usuária que dizia morar com os pais e, com isso, ser vítima de discriminação dos familiares a partir de determinadas proibições dentro de casa. As residências terapêuticas, juntamente com os lares abrigados, pensões protegidas ou república de usuários, são instrumentos de desinstitucionalização, exceção para aqueles que vivem em situação muito precária ou que a família os abandonou. Segue-se, nesse processo, a casa própria, que é quando o usuário, passado por esses abrigos, tenha adquirido autonomia e amenizado a frequência de “crise” e reside juntamente com outros usuários.

Em 2005, novas discussões aparecem no cenário político gaúcho. Nesse contexto, surge a proposta de alterações na Lei de Reforma Psiquiátrica. O Projeto de Lei nº 40/05 (PL 40/05) do Deputado Adilson Troca, com apoio do SIMERS (Sindicato Médico do Rio Grande do Sul), retoma as disputas sobre a questão do tratamento em saúde mental. No texto, afirma-se a importância da existência de hospitais psiquiátricos para casos como “surto psicótico”, ou seja, “quando a pessoa perde o contato com a realidade e não identifica a sua enfermidade, configurando risco para si e para terceiros”³³. Alega-se, além disso, que os modelos de atendimento propostos pela Reforma não se efetivaram. Assim, vários atores sociais aparecem nesse campo de disputas. Para citar: Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – SIMERS, participantes do Movimento Antimanicomial, a indústria farmacêutica, os proprietários dos hospitais, os profissionais de saúde, usuários, entre outros.

No Projeto Lei anteriormente mencionado, o Deputado Adilson Troca argumenta que a revisão da Reforma é importante porque o modelo proposto não funcionou. Conforme consta no Projeto Lei nº 40/2005, as principais alterações sugeridas referem-se à permanência dos hospitais psiquiátricos, a alterações no artigo 2º, que versa sobre a manutenção da rede integrada de variados serviços assistenciais, à substituição do termo “cuidados” por “cuidados especializados”, à supressão de termos como “prevenção” e “reabilitação”, entre outros, e do trecho referente à gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico.

No artigo 3º, consta que fica vedada a construção e ampliação de manicômios, devendo os existentes transformarem-se em hospitais psiquiátricos. Assim, evidencia-se a diferenciação entre manicômio e hospital psiquiátrico, ou seja, manicômio é compreendido como a instituição que interna sem oferecer assistência médica especializada de equipe multidisciplinar, enquanto hospital psiquiátrico é a estrutura que fornece amparo integral com assistência social, lazer, entre outros. Enfim, diversas outras alterações são apontadas nesse Projeto Lei, mas trazê-las neste texto se torna inviável.

Muitas discussões surgem nesse cenário. Questiona-se, por exemplo, se a lógica da exclusão não estaria presente também nos serviços substitutivos, tendo em vista a variedade de profissionais que trabalham e suas ações, ocasionando a permanência de "manicômios invisíveis" em suas práticas cotidianas. Assim, indaga-se se estaríamos diante de transformações ou apenas de uma reforma, debate que indica a possibilidade de atitudes excludentes serem mantidas.

Numa síntese do tópico tratado nesta seção, ou seja, a exposição sobre o surgimento

³³ Paulo de Argollo Mendes, presidente do SIMERS, conforme notícia intitulada **SIMERS apóia a revisão da Reforma Psiquiátrica**. Arquivo disponível no site www.as.rs.gov.br. Acessado em abril de 2005.

das discussões envolvendo a Reforma Psiquiátrica e sobre os modos como a doença mental foi e ainda é tratada e oficializada nas leis brasileiras foi o que se seguiu nesta seção, optou-se por resgatar as discussões e embate público daqueles que são contrários à Reforma Psiquiátrica, bem como do principal grupo apoiador da Reforma no Rio Grande do Sul – o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, segmento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil. O contexto mundial também é revelado quanto às várias correntes que abordam questões concernentes às instituições psiquiátricas. No capítulo a seguir, apresenta-se a construção teórica da dissertação.

3 A ARTICULAÇÃO ENTRE A ANÁLISE RELACIONAL E OS PRINCÍPIOS QUE ORIENTAM OS ARGUMENTOS E AS AÇÕES DOS ATORES SOCIAIS

Nos parágrafos que se seguem, articulam-se as duas abordagens propostas para se compreender o objeto de estudo. A teoria é colocada em questão e não simplesmente encaixada ao objeto de estudo, ou seja, a articulação entre a sociologia pragmática de Boltanski e a análise relacional é usada para se questionar afinal sua serventia no pensar o social ou o objeto empírico deste estudo. Nesse sentido, reconhece-se que as preocupações de Boltanski voltam-se à forma como os atores sociais se posicionam na disputa enquanto que a abordagem relacional busca o porquê dos atores sociais assumirem determinadas posições e relações na disputa. No entanto, não se aplica uma ou outra abordagem, mas sim se articula duas abordagens fornecendo um quadro analítico que permite afirmar que é a conformação de tipos de relação entre os atores sociais que permitirá a exteriorização dos argumentos apresentados pelos próprios atores sociais.

Também são descritas ao leitor nas linhas que se seguem as especificidades do quadro teórico utilizado para após se demonstrar como ocorre a possibilidade de síntese entre a análise relacional e o referencial teórico de Boltanski e então se pensar o objeto de estudo desta pesquisa. Os atores sociais dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental respondem por sua conduta, se identificam ao grupo e disputam noções sobre saúde mental. Isso é possível dentro de determinado espaço de relações sociais como o espaço do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, ou seja, há atores sociais e posições já definidos, papéis e preferências em se relacionar com outros grupos ou pessoas, dados, recursos e provas são usados para sustentar argumentos e ações sendo que as diferenças de posicionamentos levariam ao debate de argumentações. No entanto, as argumentações exteriorizadas estariam vinculadas a um tipo de conformação de relações sociais que influenciam o tipo de argumento que é exteriorizado, o que é evidenciado no último capítulo deste estudo.

Como já mencionado neste texto, não interessam todas as ocasiões prováveis no mundo social, e sim aquelas em que os atores sociais buscam produzir acordos, e, no caso desta pesquisa, o contexto atual em que a Reforma Psiquiátrica vem sendo questionada por grupos contrários a ela. Trata-se de entender o que leva grupos que a defendem a se posicionarem e a escolherem o melhor argumento ou a exteriorizar questões que são importantes para a defesa de seu princípio, de descrever e explicar a partir de como se conforma o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, quais justificações se produzem, se diferem e

resistem quando vários princípios de justificações se contrapõem e são colocados pelos integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, sejam eles usuários ou técnicos – elementos de fundamental importância para este trabalho.

As considerações tecidas por Boltanski afirmam que não se pretende elaborar um modelo de funcionamento da sociedade – lembrando que a realidade abordada por Boltanski é a da sociedade francesa, podendo haver, portanto, uma incompletude do modelo para pensar outras realidades –, e sim que se almeja esclarecer as situações e os discursos dos atores sociais. Portanto, a análise do pesquisador não é interpretativa da realidade social, mas se trata de um trabalho interpretativo dos atores sociais para se ajustarem às circunstâncias acionando categorias gerais para a produção de acordos (JUHEM, 1994). As práticas argumentativas dos atores sociais não explicariam a coerência do raciocínio e a legitimidade dos argumentos. Assim, como os atores sociais decidem se um argumento é ou não legítimo? Ou quando um argumento legítimo deve se impor sobre outro igualmente legítimo?

A resposta oferecida por Boltanski encontra-se na afirmação de que um argumento deve ser fundado em um princípio superior comum, isto é, ser geral, sendo que a capacidade de criticar não depende tanto da força ou da fragilidade da sustentação do argumento, e sim dos argumentos utilizados na situação (JUHEM, 1994). Já a resposta que se apresenta para as questões acima expostas é que realmente os argumentos fundamentam-se em princípios comuns, mas que a força dos argumentos exteriorizados e considerados legítimos para serem expressos vai além da articulação na situação, dependendo de fato do tipo de relação anteriormente estabelecida que dá a linha do que se fala, como se fala e de quem fala.

Os efeitos de uma argumentação podem ser incertos e aleatórios, por isso é difícil precisar como tocam as pessoas. Falar em competência da justiça, em senso moral, não é suficiente. A argumentação é um processo de mobilização de recursos, e para explicar a eficácia de um discurso de crítica ou de justificação sugere-se que é possível que isso se dê por capacidade de sustentação, convicção do locutor, mas também na capacidade de convencer colocando em causa interesses universais e interesses próprios (JUHEM, 1994).

Os argumentos têm uma importância variável segundo as situações e a posição onde os atores sociais se colocam engajados. Portanto, cabe verificar a riqueza argumentativa dos atores sociais nas relações sociais, e identificar o que é legítimo em cada mundo. A gramática das cidades não explica por que se deve considerar ou se convence por um argumento, mas permite apenas classificar os argumentos trocados para compreender como desenrolam seqüências discursivas para se chegar a um acordo (JUHEM, 1994).

Juhem (1994) enfatiza que as cidades de Boltanski somente são uma das modalidades

das disposições mentais dos agentes, e uma das aprendizagens sociais que os constituem é a gramática que organiza o senso moral das pessoas. Mas será que para este estudo deve-se considerar a eficácia dessas gramáticas apenas devido à força do melhor argumento utilizado na situação, como algo intrínseco a ele, ou como estando vinculada a outros fatores sociais como a configuração do espaço social e distribuição dos atores sociais neste espaço? E neste, sentido, utilizam-se outros aportes teóricos para a análise como é o caso das contribuições de Foucault.

Para Foucault (2006), o que está em questão no discurso é o desejo de poder, não apenas o que se manifesta em lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta. As condições de funcionamento do discurso dizem respeito à imposição de regras e à definição de quem pode falar. O discurso produz poder, controle social e naturalização. No entanto, isso não ocorre sem resistências, e, nesse sentido, a mobilização de recursos e de contra poderes pode ser armada.

Foucault (1988) expressa sua concepção de poder:

Dizendo poder, não quero significar “o Poder”, como conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado. Também não entendo poder como modo de sujeição que, por oposição à violência, tenha a forma da regra. Enfim, não o entendo como um sistema geral de dominação exercida por um elemento ou grupo sobre outro e cujos efeitos, por derivações sucessivas, atravessam o corpo social inteiro. A análise em termos de poder não deve postular, como dados iniciais, a soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade global de uma dominação; estas são apenas e, antes de mais nada, suas formas terminais. Parece-me que se deve compreender poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram uma nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalizações institucionais toma corpo nos aparelhos estatais, na formação da lei, nas hegemonias sociais (Foucault, 1988, p.89).

Ainda conforme Foucault (2006), o poder provém de todos os lugares e não deve ser procurado na existência primeira de um ponto central. Ele está em toda parte e se produz a cada instante; é fruto das relações sociais, que são intencionais e não subjetivas, ou seja, os atores sociais têm objetivos, cujas formas são definidas pelas correlações de forças e não por um indivíduo. E quais são as correlações de forças presentes na sociedade em que o Fórum Gaúcho de Saúde Mental atua e que permitem a recorrência a determinados princípios de justificação? É possível, na sociedade brasileira, de tradição autoritária e clientelista, excludente e centralizadora, de baixa participação popular, desconsiderar as relações de poder, de autoridade e de dominação como determinantes do uso e da legitimidade de dados

argumentos?

O histórico da formação da sociedade brasileira permite fundamentalmente pensar o caráter da realidade social com fins de não reduzir questões importantes e de dimensão estrutural a meras questões de vontade ou de competência dos atores sociais, pois já nascemos enredados numa trama de relações sociais. Nesse sentido de contextualização é que são definidos ainda conceitos importantes como o de dominação e de autoridade. Dominação é dispor da força social de outrem enquanto que a autoridade é definida aqui como possuir influência sobre algo, isto é, possuir um poder decorrente de uma qualidade possuída como ter conhecimento ou especialidade em um determinado assunto ou fazer.

Algumas articulações foram difíceis de equacionar neste estudo como, por exemplo, a noção de poder, autoridade e dominação, tendo como referência a abordagem de Foucault e a leitura de Boltanski acerca do papel das relações de forças. Salienta-se que destacar as relações de poder e autoridade não significa negar a capacidade de crítica dos atores sociais, mas sim reconhecer que as assimetrias definem o alcance, a produção e os efeitos das críticas, e de que não se podem naturalizar as hierarquias. Boltanski defende que não se pode interpretar a atuação das pessoas simplesmente associando-a à busca de interesses, na maioria das vezes, sendo interesses para adquirir poder, ou apenas como o contrário, ou seja, ignorando a presença desses interesses e forças sociais (BOLTANSKI, 1990).

Como destacado acima, Boltanski não se fecha para a possibilidade de entender a situação e os posicionamentos evocados pelos atores sociais como frutos de relações em que o poder, a autoridade e a dominação vigoram. No entanto, Boltanski não se dispõe a explicar a existência da autoridade, do poder e da dominação, mas sim em classificar os argumentos produzidos na situação. É nesse sentido que a formulação do problema de pesquisa deste estudo se justifica, pois não se podem trazer à tona as ações e as argumentações dos atores sociais como sendo resultado apenas do tipo de situação ocorrida sem justificar o acionar de determinado tipo de argumentação e ação pelas relações sociais constituídas.

Para esta pesquisa adota-se a perspectiva de Foucault, ou seja, considera-se que não há relações sociais que não sejam, em si mesmas, relações de poder, sendo que estas relações de poder podem, ou não, constituir relações de autoridade e de dominação. A contestação da autoridade e da dominação nela fundada não significa a eliminação das relações de poder, mas sua transformação, isto é, o resultado pode ser a instituição de novas relações de poder mais ou menos assimétricas. Seguindo esse caminho, afirma-se que o poder não é necessariamente antipopular, já que se criam resistências ou a produção de um contra-poder quando, por exemplo, duas forças sociais têm objetivos antagônicos e usam todos os instrumentos

necessários para a sua força sobrepujar a força opositora, o que pode resultar na vitória dos argumentos ou reivindicações daqueles possuidores do poder considerado até então mais fraco. Com isso, quer-se enfatizar que há vários modelos e possibilidades de exercício e vigência do poder, mas em todos os casos todas as relações sociais são relações de poder, conforme já afirmado anteriormente.

Reforçando o acima exposto, o modelo teórico apoiado em Boltanski não pretende e nem oferece uma explicação do porquê determinados atores sociais e princípios de justiça e de argumentação se impõem como superiores em relação aos outros. No entanto, essa dimensão é fundamental para se refletir sobre os tipos de princípios de justificação que são acionados e conformados. Por mais que haja a intenção de se ter uma simetria entre usuários e técnicos dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, ainda predominam, em algumas situações verificadas e relatadas, os tipos de argumentos dirigidos pelos técnicos porque são eles que trazem os argumentos considerados válidos dentro de um espaço social pré-estruturado. Assim, para serem ouvidos no debate público, os reformistas precisam ancorar suas propostas em princípios legítimos, com o risco inerente de reproduzirem a ordem hierárquica que questionam.

Constatada a questão da desigualdade dos atores sociais, ou seja, de que usuários e técnicos, ou determinados argumentos, não possuem todos o mesmo “peso” na disputa, não se abandona a perspectiva de Boltanski. O que se pretende demonstrar é que os atores sociais se apóiam nas *cités* escolhendo o argumento a ser utilizado, mas a argumentação escolhida é definida por fatores que vão além da força intrínseca do melhor argumento ou da dinâmica interacional ou situacional da disputa. Isso quer dizer que se evidencia que a escolha por determinadas *cités* (que são descritas empiricamente no último capítulo) ocorre influenciada por um tipo de relações sociais estabelecida entre os atores sociais pesquisados.

A desigualdade, expressa nas posições distintas assumidas pelos atores sociais nesse espaço de relações, é um fator importante para a explicação da presença dos argumentos dos atores sociais na disputa. No entanto, a crítica é sempre possível, e os atores sociais organizam suas ações e identificam objetos se apoiando em determinados princípios de legitimação que se encontram na lógica das *cités*. A idéia de Boltanski de que é a ação que constrói e altera os modelos, no caso do objeto deste estudo, é expressiva, ou seja, o argumento escolhido em dada situação pode trazer inovações/alterações ou garantir outras legitimidades, como é o caso dos próprios usuários se representando em audiências públicas ou/e seminários como os legítimos para falar sobre sua experiência e sobre a doença mental. No entanto, essas ações são influenciadas por uma estrutura já configurada.

Juhem (1994) afirma que em Boltanski não é um programa inscrito nas pessoas que altera os modelos, mas sim que a possibilidade da crítica é que pode romper com as construções deterministas. Mostra-se que devido às características do objeto deste estudo, os tipos de argumentos evocados assim o são devido ao tipo de relação estabelecida entre os atores sociais em dado espaço e situações sociais. No entanto, a sociologia pragmática renuncia a estrutura social e se centra nos argumentos e nos princípios comuns que organizam o mundo social, sendo que se considera para este estudo que a estrutura social deve ser levada em consideração para problematizar a escolha, a exteriorização e a conformação de determinadas justificações, embora a crítica encontre espaço também na situação quando aparecem estratégias e situações de negociações no embate público devido ao próprio caráter incontingente da ação.

O Fórum Gaúcho de Saúde Mental é um segmento no Rio Grande do Sul do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e traz consigo uma heterogeneidade de atores sociais envolvidos, apresentando assim também uma riqueza de concepções diferenciadas sobre assuntos concernentes à saúde mental. Como apontam Lüchmann e Rodrigues (2007), um movimento social não é em si um fenômeno coletivo homogêneo, em que seus integrantes são reflexos da realidade, independentes das pressões do contexto. São, na verdade, ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que designam parte de seu investimento e recursos para a administração de sua complexidade.

Assim sendo, é para apreender a configuração das posições e relações entre os atores sociais que compõe o Fórum Gaúcho de Saúde Mental que se utiliza a análise relacional, ou seja, alguns aportes instrumentais são utilizados para apreender os atores sociais envolvidos com a questão da Reforma Psiquiátrica. Considera-se, portanto, para esta pesquisa, que os princípios de justificação exteriorizados, isto é, os tipos de argumentos produzidos e acionados pelos atores sociais dependem da configuração das relações dos atores sociais que os aplicam em específicas situações e, assim, as argumentações produzidas não são independentes em relação à configuração de certas ligações entre os atores sociais.

Nessa busca pela compreensão da dinâmica da interação entre os atores sociais, os estudos de Lavallo *et al* (2006) são importantes como auxílio. Eles também auxiliam na compreensão das lógicas de atuação dos atores sociais, das conexões internas e externas dos sujeitos, na verificação da capacidade de ação e de escolha, da presença ou não de hierarquias, das articulações e das posições dos atores sociais em relação aos demais. Além disso, os autores permitem evidenciar quais são os atores sociais mais centrais e os periféricos, sendo que ser central ou periférico se dá por motivos diferentes e por padrões diferenciados de

construção de relações.

Callon (2004) afirma que os elos desenvolvidos permitem a inovação, que consiste na capacidade dos inovadores de alterar seus projetos, não apenas recrutando aliados, mas também gerando interesse entre os seus adversários – o mundo novo é resultado da ação coletiva, produzida a partir de vontades e interesses individuais negociados. Estas vontades individuais são exteriorizadas a partir dos procedimentos e dos meios nos quais os atores sociais elaboram seu julgamento e tentam trazer argumentos que sirvam a todos. Para que se constitua um grupo é importante fazer alianças e relações, compor redes e aliar pontos, o que Callon (2004) chama de política.

Assim, pretende-se estudar as formas como os sujeitos constroem os argumentos em um contexto específico, tendo como dado que é determinado tipo de relação entre os atores sociais que é caracterizado pelo estudo, que determina o evocar de certos tipos de argumentos que são identificados a partir do uso da sociologia pragmática de Boltanski. Portanto, a abordagem é também relacional, ou seja, considera as interações dos atores sociais com outros atores sociais.

Esta pesquisa adota uma perspectiva relacional que parte do pressuposto de que a configuração das relações entre os atores sociais em um dado contexto são determinantes na explicação das práticas e representações dos mesmos naquele contexto. Esse pressuposto também está na base epistemológica da Análise de Redes, mas não é idêntico a ela. Assim, alguns aportes utilizando a abordagem de redes sociais, realizando as adequações a este estudo, são empregados e citados neste capítulo.

Seguindo o que foi exposto acima, outro autor que traz contribuições interessantes para pensar o objeto deste estudo é Lozares (2007). Ele afirma que o central para a análise das relações sociais são as pessoas em envolvimentos sociais entre si, idéia utilizada neste estudo para apreender a relação entre os argumentos dos atores sociais formados a partir de dados vivenciados. Esse mesmo autor define redes sociais conforme o que se segue: Una definición aceptable de la Red Social es la de un conjunto de bien definido de actores – individuos, grupos, organizaciones, comunidades globales, etc – que están vinculados unos a otros a través de una o un conjunto de relaciones sociales (LOZARES, 2007, p.7).

Lozares (2007) acrescenta trazendo as contribuições de mais dois autores, Mitchell e Freeman. Para o primeiro, a abordagem de redes sociais é mister para interpretar os comportamentos sociais das pessoas. Para Freeman, ela é um conjunto mais ou menos preciso de conceitos e procedimentos analítico-metodológico. Assim sendo, a abordagem de redes sociais também é usada e definida como metodologia com recursos técnicos próprios, sendo

que a análise de redes sociais não constitui uma teoria e “nem mesmo um conjunto de técnicas estatísticas complexas, mas uma estratégia analítica passível de utilização à luz de diferentes perspectivas conceituais e teóricas” (LOZARES, 2007, p.21).

No entanto, para a análise do objeto deste estudo, a perspectiva mais fértil que se apresenta é a que articula relações e atributos na compreensão e explicação dos laços sociais. Essa articulação se observa nos estudos de Marques (2000), por exemplo, pois esse autor afasta-se de uma perspectiva meramente interacionista da análise das relações sociais e considera os atributos dos atores sociais, isto é, possibilita pensar as relações que se constituíram entre atores sociais dotados de capacidades e de recursos. Marques (2000) ainda traz um elemento útil para esta pesquisa que é a elaboração e definição dos conceitos de poder posicional – a posição e o padrão de relações do ator social na rede – e poder institucional – oriundo do controle de cargos e funções que relacionam os atores sociais.

Marques (2004) sugere que as formas de relação nas redes influenciam nas políticas públicas quanto ao seu resultado. Na dinâmica das políticas, há variações na estruturação do social e do político das redes de acordo com o contexto, com a construção histórica, com as estruturas de poder, com as ocupações e cargos, que são diferenciados. A esses padrões de relação, os atores sociais se vinculam nas alianças e nos conflitos. Acrescentando o referido acima, Scherer-Warren (2006) enfatiza que

[...] a gestão das políticas públicas poderá ser mais ou menos cidadã, ou seja, influenciada pela sociedade civil. Isto dependerá das relações de força ou das possibilidades de convergência entre representantes das redes de movimentos, da esfera estatal e do mercado nos conselhos setoriais e nas conferências de promoção de direitos da cidadania; bem como das possibilidades e efetivo empoderamento e democratização no interior das próprias redes de movimento, na direção do desenvolvimento de sujeitos com relativa autonomia na construção de seus destinos pessoais e coletivos (SCHERER-WARREN, 2006, p.126).

Marques (2000) assegura serem três os usos de redes no campo das Ciências Sociais. O primeiro é o uso como metáfora, ou seja, entidades, indivíduos e idéias estão de alguma maneira ligados entre si. O segundo refere-se ao aspecto normativo, isto é, a configuração de um determinado grupo de entidades ocorre porque o mesmo visa atingir objetivos específicos, assim, a rede tem um significado emancipatório. Por fim, há o entendimento de redes como método para análise das formas de relações.

Para exemplificar o ponto da rede social como caráter emancipatório Scherer-Warren (2006) expressa que:

As redes, por serem uniformes, aproximam atores sociais diversificados – dos níveis locais aos mais globais, de diferentes tipos de organizações –, e possibilitam o diálogo da diversidade de interesses e valores. Ainda que esse diálogo não seja isento de conflitos, o encontro e o confronto das reivindicações e lutas referentes a diversos aspectos da cidadania vêm permitindo aos movimentos sociais passarem da defesa de um sujeito identitário único à defesa de um sujeito plural (SCHERER-WARREN, 2006, p.116).

Portanto, as articulações em rede podem gerar empoderamento, participação, luta e reconhecimento da diversidade dos sujeitos, pluralismo das idéias no interior das organizações, novas formas de governança, transformação social, entre outros. Mas, obviamente, tensões podem ocorrer, tais como participar através do Estado para a formulação e a implementação de políticas públicas ou ser agente de pressão autônomo.

Scherer-Warren (2006) ainda afirma:

As redes, assim como qualquer relação social, estão sempre impregnadas pelo poder, pelo conflito, bem como pelas possibilidades de solidariedade, de reciprocidade e de compartilhamento. Portanto, o que interessa é saber como se dá o equilíbrio entre essas tendências antagônicas do social e como possibilitam ou não a autonomia dos sujeitos sociais, especialmente os mais excluídos e que, frequentemente, são as denominadas “populações-alvo” desses mediadores (SCHERER-WARREN, 2006, p.122).

Nesse sentido, numa rede, os elos mais fortes são os que possuem maior poder de influência, de direcionamento das ações, como as lideranças, os mediadores, os agentes estratégicos, as organizações de referência, entre outros (SCHERER-WARREN, 2006).

Três conjuntos de análise sobre redes são relatados por Marques (2000). O primeiro – sobre elites, poder e corporações – enfatiza a estrutura da economia e as elites políticas a partir da capacidade de articulação e influência sobre o curso da economia, dos negócios e das políticas do Estado, considerando que as políticas seriam definidas apenas pelos que estão no poder. O segundo diz respeito aos estudos sobre a construção de políticas públicas. Nele, o desenrolar das políticas do Estado compreende a interação, em uma *policy network*, entre entidades públicas e privadas, indivíduos e grupos. O terceiro é o mais recente, bem como o mais próximo da psicologia e da sociologia. Essa análise de rede estuda questões como motivações, liderança e atitudes de trabalho e poder no interior das organizações, verificando a ligação entre posições na rede e possibilidade de controle e influência (MARQUES, 2000).

Neste estudo, o que está em disputa é a contestação, mudança ou reformulação da política pública, o que coloca em jogo determinadas noções sobre a saúde mental. Essa contestação decorre da defesa de dados argumentos a partir de determinados regimes de ação e de justificação. Tais princípios de justificação referem-se à determinada *cité*, o que é

explicado em seguida, com o uso das considerações e estudos de Boltanski. A relevância de se pensar sobre os modos como as justificações emergem da construção de determinadas relações entre pessoas faz sentido para trazer à tona as posições e a participação dos atores sociais no Fórum Gaúcho de Saúde Mental e a especificidade dos seus argumentos.

Com o uso da análise relacional, novas abordagens e entendimento em relação à construção da política de saúde mental e sobre a utilização de determinados argumentos pelos atores sociais envolvidos na disputa são evidenciadas. Logo, a investigação da formação dos elos e dos conseqüentes princípios de justificação e ação utilizados é um estudo importante para se compreender a formação e a construção dos argumentos, alianças, forças sociais e resistência.

O uso de elementos da teoria de Boltanski explica-se em seu subsídio para mapear e classificar os regimes de ação e de justificação conforme cada *cit * e assim possibilitar a identificação dos mundos e concepções envolvidos sobre saúde mental. Em situações de disputas, não predomina a constância interior das pessoas, pois argumentos são escolhidos conforme cada contexto e situação. Com isso, deseja-se observar as lógicas de ações diversas que movimentam diferentes aspectos da vida cotidiana dos atores sociais.

Boltanski é um autor utilizado neste estudo na tentativa de se compreender ações atuais, relacionadas às políticas em saúde mental, e os princípios de justificação utilizados por distintos atores sociais em disputa por justiça ou por verdades acerca da saúde mental. No entanto, visa-se compreender o modo como, a partir de determinadas relações, os princípios de justificação são produzidos ou questionados quando mundos ou representações diferenciados confrontam-se. Nesse sentido, verifica-se que os princípios de justificação evocados dependem das relações sociais formadas e construídas, pois cada ator social já pertence a um mundo em função de suas relações, bem como há mundos que se entrecruzam e são questionados quando uma rede se forma em torno do tema da saúde mental.

Boltanski não trata diretamente da temática da loucura ou da saúde mental. Porém, sua utilização é necessária para se conhecer as justificativas e perspectivas que emergem no atual debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Portanto, interessa saber quais argumentos e questões compõem as justificativas sobre saúde mental, tendo em vista que há uma multiplicidade de mundos de ação possíveis; quais regimes de ação e de justificação orientam as discussões e argumentos sobre saúde mental; e quais provas (ou objetos) são acionadas para justificar as tomadas de posição.

Os registros ou os princípios de justificação, propostos por Boltanski em seus estudos, são usados em atividades cotidianas, em que cada registro remete a uma concepção diferente

de bem comum e de justiça em uma *cit * (CORCUFF, 2001). A sociologia da justifica o pública aborda as disputas comuns que acionam a crítica e a justifica o do atores sociais em espaços públicos. A investiga o   apreendida no encontro entre as formas interiorizadas – competências de argumenta o e mobiliza o em mundos de objetos – e exteriorizadas – negocia es de situa es permeadas por justifica es diferentes (CORCUFF, 2001).

Quando mobiliza es se desenvolvem em torno de causas – a partir da denúncia de uma injustiça –, artificios sociais são acionados para constituir pessoas coletivas objetivadas e para unir pessoas individuais às pessoas coletivas. Constroem-se assim equivalências entre pessoas para fazer emergir um interesse comum e, nesse sentido, Boltanski questiona a separa o entre a o individual e a a o coletiva (CORCUFF, 2001).

A teoria das justifica es expõe a multiplicidade de princípios legítimos de justiças nas sociedades ocidentais. Além disso, envolve um trabalho executado pelos atores sociais para criticar ou para se justificar perante as críticas no debate público. Com isso, os atores sociais não se limitam a argumentos particulares, mas mobilizam idéias generalizantes, que vão além de sua situa o singular e concorrem com diferentes visões de mundo (MARQUES, 2005).

Na sociologia pragmática de Boltanski, o trabalho de crítica   operado pelos atores sociais e ao sociólogo compete apenas efetuar questionamentos enquanto que   pesquisa sociológica acumular o maior número de rela es possíveis. A sociologia da crítica coloca em cena o processo de recolha e registro das rela es dos atores sociais, acompanha, a seguir, os atores sociais o mais próximo de seu trabalho interpretativo através do caminho das rela es que eles fazem (JUHEM, 1994).

A sociologia pragmática comporta também um uso político, conforme abordado por B natou il (1999), para

[...] Fournir des armes discursives aux exclus du d bat plutôt que d noncer ceux qui le mobilisent, dissoudre les caricatures au nom de l'élargissement et du pluralisme de l'espace politique plutôt qu'engager le soutien et les d voilements de la science au service d'une des parties (BENATO IL, 1999, p.304)³⁴.

Marques (2005) afirma que os escritos de Boltanski, buscando analisar as denúncias de injustiças, voltam-se aos processos de reflexão dos atores sociais, nos quais estes lutam, interpretam, criticam, se justificam e agem em detrimento de um sentido atribuído às suas

³⁴ Fornecer as armas discursivas aos excluídos do debate, sobretudo denunciar aos que as mobilizam, dissolver as caricaturas em nome do alargamento e do pluralismo do espaço político sobretudo que engaje a sustenta o e os desvendamentos da ciência a serviço de uma das partes. Tradua o livre da autora.

ações. Isso significa dizer em termos de análise que valores e idéias podem ser defendidos por meio do acionar de várias justificações. São exemplos: o direito a ter atendimento de saúde, direito a uma vida familiar, reconhecimento do direito político de reivindicação, defesa do fazer e do rigor científico, entre outros. O desacordo sobre determinada situação conduz à seleção de provas e argumentos para a aceitação das idéias.

Na sua sociologia, Boltanski recorre a autores clássicos da filosofia política que desenvolveram visões diversas do que poderia ser uma *city* justa. São autores que organizaram concepções de justiça recorrentes na vida cotidiana (BOLTANSKI E THÉVENOT, 1991; DE BLIC, 2000; DODIER, 1993):

- Santo Agostinho e o mundo comum – caracteriza-se pela existência de pessoas inspiradas, que realizam engajamentos pessoais e sacrifícios por uma causa ou crença. Assim, é algo que transcende a essência humana por ser um estado de graça, santidade, autenticidade e ação individual;
- Bossuet e o mundo doméstico – os aspectos centrais são a memória, a tradição, a hierarquia familiar e doméstica, transmissão de bens, relações personalizadas de confiança, que ligam, através de um conjunto de cadeias de relações, os membros de uma coletividade;
- Hobbes e o mundo da opinião – a opinião dos outros é o elemento central para o agir e para a formulação das argumentações dos atores sociais. Nesse sentido, torna-se importante aquilo que é conhecido, e a grandeza é medida pela notoriedade, sondagem de opinião, estima e reconhecimento, imagem social, entre outros;
- Rousseau e o mundo cívico – a vontade geral decorre de cidadãos livres e em posição de igualdade. Assim, o indivíduo que ascende é aquele que consegue se desligar de seus interesses próprios para fundar uma ação coletiva. Aqui, enfatizam-se os dispositivos democráticos, as leis e o Estado;
- Adam Smith e o mundo mercantil – o valor dos bens permite classificar as pessoas conforme suas riquezas. Há trocas mercantis, desejos de apropriação dos bens e interesses particulares. Os argumentos acionados pelos atores sociais referem-se a renda, subsistência, oferta e demanda, entre outros;
- Saint-Simon e o mundo industrial – a grandeza é avaliada a partir da competência, eficiência, saberes e desempenho produtivo das pessoas. A

sociedade é vista como uma máquina que potencializa a eficácia da satisfação das necessidades humanas;

- A *cité* por projetos – inspira-se nas obras dos modernos manuais de administração. Nessa perspectiva, os atores sociais podem se tornar “nômades” em um conjunto de redes de relações estabelecidas com outras pessoas. O princípio de grandeza é estabelecido a partir da quantidade de elos que um indivíduo é capaz de estabelecer. Portanto consideram-se as conexões como um valor.

Desse modo, são seis os registros de justificação pública e modelos de justiça identificados e cada *cité* utiliza um específico: justificação cívica, industrial, opinião, mercantil, doméstica, inspirada, sendo que uma sétima cidade é criada para gerar equivalências de grandezas relativas em um mundo em rede. Pretende-se operacionalizar essas *cités* a fim de evidenciar o tipo de argumentações produzidas na relação entre as pessoas, que trazem mundos distintos, bem como as concepções distintas acerca da saúde mental. Diante disso, a presente pesquisa deverá evidenciar as relações sociais, a posição e os papéis desempenhados pelos atores sociais e a configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, visando explicar a formação e o tipo de argumentos, bem como as provas acionadas.

As provas ou objetos evocados têm sua especificidade, ou seja, objetos considerados importantes para uma lógica podem ser pouco significativos para outra. Deve-se identificar o que importa e o que não é significativo em cada contexto. As pessoas possuem a capacidade de crítica e esta pode colocar em causa uma grandeza e uma prova. Os atores sociais confrontam o injusto, têm a liberdade para escolher entre vários tipos de objetos e comportamentos: o silêncio ou a participação, por exemplo (JUEM, 1994).

No entanto, é importante salientar que as *cités* são tipos ideais construídos com base em uma dada realidade pesquisada por Boltanski. Sob esse enfoque, é possível elaborar novas construções e críticas fundamentando-se nas questões demonstradas empiricamente pelo estudo. Novas categorias e propostas de análise podem ser criadas e adotadas, afinal, a reflexão sobre as particularidades de cada realidade histórica é importante, pois mesmo Boltanski (1999) considera o peso das tradições e conjunturas políticas sobre a orientação das práticas e sobre as relações desiguais entre as pessoas.

Para operacionalizar a teoria de Boltanski, interessa analisar uma situação de disputa e de negociação, contemplando-se as diferenças dentro do grupo estudado. Por exemplo, pode-se considerar que prevalece o discurso médico de defesa das formas biomédicas de tratamento

em saúde mental. Assim, importa analisar como esse discurso é construído e quais provas são mobilizadas.

No entanto, a compreensão da forma de tratamento dentro do grupo pode ser diferente, mesmo que se evoque o mesmo mundo. Por exemplo, pode haver a defesa pela construção de uma lei que envolva a questão da saúde mental, mas o conteúdo dessa lei difere (aqui, um mundo cívico seria acionado). Mesmo entre os que defendem a mesma posição no debate acerca da Reforma, podem existir diferentes *cités* orientadoras das justificações, assim como pode haver entendimentos diferenciados entre aqueles inseridos na mesma *cité*.

Dodier (1993), referindo-se a Boltanski, aponta que, segundo este autor, deve-se ver as ações humanas como seqüências em que as pessoas, engajadas em momentos sucessivos, devem mobilizar competências diversas a fim de realizar, de acordo com as circunstâncias, uma adequação à situação presente. Desse modo, nos embates, tais competências são obrigadas a se ajustarem ao outro, movendo-se de um mundo a outro devido às situações em que se envolvem (DODIER, 1993).

Conforme Boltanski (1990), pertencemos a uma sociedade em que constantemente intervêm as operações de crítica e de justificação, necessárias para responder ao julgamento ou preveni-lo, pois, nas situações cotidianas, questiona-se o que é ou não justo e reclama-se a reparação. Toda ação tem uma reação, ou seja, a crítica implica a reformulação e reorganização por meio da inclusão ou incorporação de parte da crítica. No entanto, a crítica pode encontrar-se desarmada por um tempo, até que se compreenda de fato o que está ocorrendo.

Reforçando as idéias acima, a crítica tem um caráter incompleto, ou seja, é falha. Assim, pode, por exemplo, observar sem intervir o avanço de dada situação desastrosa e, inclusive, ver com bons olhos as mudanças em curso porque estas implicam a melhoria de um aspecto importante, desconsiderando, todavia, que a situação se degrada em outros âmbitos (BOLTANSKI, 1999). Isso tudo envolve um trabalho de argumentação e interpretação, em uma disputa em que cada pessoa é dotada de capacidade para julgar.

Cada protagonista mobiliza um sentido do que é justo, e a dinâmica é resultado do enfrentamento entre expressões diferentes desse sentido, lembrando que cada *cité* corresponde a um mundo comum. Para a validação da argumentação, as pessoas precisam buscar apoio nos objetos sobre um mundo comum e, portanto, sobre a objetividade daquilo que existe entre si. Isso permite aos atores sociais confirmar que suas pretensões não se compõem em simples arbítrio e que eles estão prontos a inclinarem-se frente a uma realidade que vale para todos (DODIER, 1993).

Na teoria de Boltanski, os atores sociais escolhem na situação o tipo de *cit * ou o mundo comum em que desejam se apoiar. Nesse aspecto   que se utiliza a análise estrutural para explicar as bases que fundamentam e possibilitam as escolhas dos atores sociais. A circula o de um mundo a outro não   fácil. Ao contrário, esse   um desafio muito complexo, porque pressupõe combina o de seres e objetos diferentes, bem como de linguagem, sendo que esse movimento pode ser permeado por incertezas entre as pessoas envolvidas na disputa (DODIER, 1993). Quando as forças não pressionam ou não questionam, não   possível vislumbrar acordo nem refletir sobre a legitimidade do princípio de justifica o. Com isso, pode haver paz sem haver princípios de equivalência, pois as pessoas não vêm a criticar a ordem das coisas. Seria um regime de * gape*, o contrário de um regime de *violence* (DE BLIC, 2000).

O debate público que tem aparecido e que interessa para este estudo está em torno da política pública em saúde mental, ou seja, as disputas entre os atores sociais integrantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a forma o dos posicionamentos sobre a política pública, bem como sobre as no o de saúde mental. A produ o e o andamento das argumenta o utilizadas pelos atores sociais estão vinculados às rela o sociais estabelecidas entre os sujeitos. Considera-se para esta pesquisa e   demonstrado no capítulo a seguir, a partir dos dados empíricos, que as posi o e as rela o acionadas são centrais para pensar os argumentos evocados pelos atores sociais em determinadas situa o, e   nesse sentido que alguns aportes da teoria de Boltanski se relacionam com a análise relacional e estrutural.

  a partir de um conjunto de possibilidades de posi o, de rela o, de perfil dos atores sociais que certos argumentos são acionados e são considerados legítimos. Portanto, os atores sociais têm competência crítica. No entanto, a escolha de determinadas argumenta o está determinada pelo tipo de forma o do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. São os laços sociais formados que estruturam e que fazem evocar as a o e os argumentos. Assim sendo, são as rela o estabelecidas entre os atores sociais que são apreendidas para evidenciar os argumentos e as a o dos atores sociais.

Enfim, as considera o tecidas até aqui versaram sobre a especificidade do referencial teórico utilizado numa tentativa de equacionar a análise relacional e estrutural e alguns aportes teóricos de Boltanski implicados já na formula o do problema de pesquisa deste estudo e que se estende aos achados empíricos. Assim, explorou-se a riqueza empírica que veio ao encontro da riqueza teórica, e vice-versa. E ainda, utilizaram-se alguns aportes teóricos de Foucault devido ao entendimento de que a teoria de Boltanski não   suficiente para se pensar as rela o sociais características do contexto no qual se insere o objeto deste

estudo. Abarcaram-se também algumas discussões a respeito da área de políticas públicas, questão em disputa e que tangencia este estudo, pois é a razão da existência do grupo estudado. No capítulo a seguir, são analisados os dados de campo, isto é, se executa o exame das informações adquiridas.

4 DIVERSIDADE DISCURSIVA E A CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS: A INCIDÊNCIA ENTRE AS JUSTIFICAÇÕES

Este capítulo tem como finalidade classificar as justificações dos atores sociais trazidas por eles mesmos, bem como explicá-las a partir da configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, pois apenas a recorrência das *cités* não explica por que se convence por um argumento, e sim permite apenas classificar os argumentos trocados e assim compreender como se chega a um acordo a partir do desenrolar dos argumentos. Serão evidenciadas as concepções exteriorizadas sobre a saúde mental, bem como os objetos acionados pelos atores sociais para embasar as suas argumentações. Além disso, será apresentado nesta seção o mapa dos integrantes do Fórum e como os integrantes se relacionam, quais são as posições e os papéis desempenhados, e, como se desenvolvem as ações dos atores sociais.

4.1 O FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL

O Fórum Gaúcho de Saúde Mental se constitui no Rio Grande do Sul em um período de surgimento de diversas mobilizações coletivas no Brasil, em fins da década de 80 e mais fortemente nos anos 90. Desde os anos anteriores até hoje se teve a participação de vários integrantes e apoiadores, no entanto, hoje o número de integrantes é reduzido, mas, o Fórum conta com a articulação de uma rede apoiadora em um nível que vai além do local, pois tem abrangência em âmbito nacional e internacional. A participação perdurou no estado gaúcho em função da demanda de ampliação e da existência dos serviços substitutivos que contém os adeptos da idéia de Reforma Psiquiátrica, embora se relate que a participação, além do núcleo considerado “orgânico” ainda é pouca.

Hoje, o núcleo orgânico³⁵ do Fórum em Porto Alegre é composto por aproximadamente doze pessoas, incluindo os fundadores e os não fundadores, dos quais todos foram entrevistados para a realização deste estudo, com exceção de dois integrantes, pois um está no exterior e outro em Brasília. A estrutura dentro da rede do Fórum Gaúcho de Saúde

³⁵ Chamado assim pelos próprios entrevistados. É composto pelas pessoas que participam ativamente das reuniões, demandas e atividades convocadas pelo Fórum, tanto por integrantes fundadores do Movimento Antimanicomial no Rio Grande do Sul, como por integrantes novos, mas considerados assíduos e engajados na luta.

Mental é composta basicamente por usuários e técnicos³⁶ em seu núcleo orgânico, bem como, este grupo dos integrantes orgânicos em nível estadual são provenientes de Porto Alegre e do interior do Estado – Caxias do Sul, Alegrete, Pelotas, Santa Cruz do Sul, Bajé, Lajeado, São Lourenço do Sul, entre outros –, estes, devido dificuldade de acesso, não foram entrevistados. Ressalta-se que se considera pertencente ao Fórum aquele que se identifica com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os primeiros passos de divulgação dos ideais da Reforma e formação dos profissionais e usuários ocorreu em forma de viagens e encontros no interior do Rio Grande do Sul e na Capital, mais fortemente nos anos 80 e início da década de 90: “saí formada, o que se aprende na faculdade é o que é certo, depois que comecei a fazer a crítica, uma revisão, muitos da minha geração conheceram o Movimento através desses cursos ministrados no interior do Estado” (T1). Naquele momento, conforme relatado em entrevista, mobilizavam-se os sindicatos, trabalhadores e usuários de saúde mental e havia um perfil bem menos “psi”, isto é, a participação dos usuários e dos profissionais da área da saúde, não psicólogos e psiquiatras, era maior.

Uma das lógicas que une os integrantes do Movimento é a proximidade ideológica. O ideário dos Reformistas é a construção de uma nova realidade a partir de uma mudança cultural e institucional para com o preconceito social dirigido ao doente mental e a criação de outro conceito de saúde e de doença mental. Assim, não basta extinguir os hospitais psiquiátricos e sim deve ocorrer uma mudança social e política.

Mais do que uma questão sanitária a questão é simbólica, pois objetiva-se mudar a maneira como a sociedade pensa a doença e o doente mental. A questão da cidadania aparece como um conceito chave assim não são buscas de soluções apenas técnicas e administrativas, mas buscas teóricas, sócio-políticas e culturais. A meta do Fórum passa a ser a luta pelo fim dos manicômios porque este traz uma concepção de tratamento excludente, assim não está em voga apenas a estrutura física manicomial e nem mesmo é um problema apenas tecnocientífico, mas social, ou seja, acaba-se incorporando o modelo institucional porque este é o modelo dominante. A luta hoje é pelo cumprimento da lei que traz a concepção de tratamento, abordagem sobre a cidadania e a questão dos direitos do usuário e sua inserção social, no entanto, conforme relato, por se tratar de uma Reforma o discurso trazido ainda é voltado para o tratamento e esta é a ênfase que prevalece nas disputas.

³⁶ Cabe ressaltar que há usuários e profissionais de saúde tanto do lado dos a favor da Reforma quanto do lado contrário. Quanto aos familiares, tem-se que atualmente não há integrante familiar compondo o Fórum.

O ideário da Reforma traz em sua constituição inicial a luta pelos direitos humanos: “a saúde mental nasceu com a questão dos direitos humanos, liberdade, respeito, dignidade, parar com a segregação e com o preconceito. O cerne da nossa luta é os direitos humanos” (T1). Mas, relata-se que hoje o discurso sobre o tratamento em saúde prevalece em relação à questão da exclusão social dos usuários, dos direitos e do problema dos preconceitos vivenciados.

As articulações do Fórum são feitas de acordo com as demandas como foi o caso, por exemplo, do PL 40/05 em que a rede dos serviços substitutivos no Estado foi acionada. As reuniões também não ocorrem frequentemente e nem mesmo há uma Sede do Fórum, pois o Fórum ainda tem um caráter informal e suas reuniões normalmente acontecem nos espaços de inserção dos integrantes como, por exemplo, no Conselho de Psicologia, local atual onde normalmente ocorrem os encontros dos integrantes. As reuniões acontecem nos momentos em que é preciso fazer alguma luta com setores contrários a Reforma ou em momentos de organização de algum seminário, como é o caso do encontro ocorrido em 2007 em função dos 20 anos da realização do Congresso de Bauru – um dos marcos do Movimento como já relatado neste texto –, ou no Mental Tchê – evento alusivo ao 18 de Maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, e de referência no Rio Grande do Sul, que ocorre na cidade de São Lourenço do Sul e está na sua quarta edição.

Quanto à capacidade mobilizadora do Fórum, ele consegue articular toda a rede estadual quando preciso,

[...] como o Fórum é um grande articulador da saúde mental no Estado a gente chama todos os nossos núcleos no interior, temos representações em todos os municípios, os mais fortes são em São Lourenço, tem Alegrete, em cada município a gente tem um pólo, quando tem alguma coisa a gente passa e-mail. Vai ter agora esta audiência pública, todos já estão organizados para ir lá e se manifestar e junto a isso a gente se alia ao próprio Governo do Estado do Rio Grande do Sul. A política de saúde mental do Estado, que a gente acompanhou toda a construção dessa política, ela é uma política que se diz comprometida com a Reforma Psiquiátrica, o próprio secretário de saúde diz que ele apóia a Reforma Psiquiátrica, o pessoal que constrói o núcleo da política a gente se alia, a gente convida estas pessoas porque tem que ter a sociedade civil organizada, o poder público, o judiciário e várias outras instâncias que é para dar sustentação a esta causa porque a gente sozinho não consegue, a gente faz parceria (T2).

As convocatórias se dão principalmente via internet em que se tem uma rede virtual com atores sociais em nível nacional e em âmbito internacional. A internet é o principal modo de interação entre os integrantes – tem-se cadastrado no grupo de e-mail aproximadamente 350 pessoas. Também os serviços de atenção a saúde, como os serviços substitutivos,

aglutinam interessados e mobilizadores da causa da Reforma. Além da rede virtual e dos serviços de saúde, a Academia é outra fonte de mobilização dos atores sociais, isto é, alguns cursos que são ministrados por apoiadores da Reforma acabam adquirindo simpatizantes à causa, assim sendo, estudantes das áreas de saúde passam a conhecer o Movimento.

A partir disso tem-se que as alianças ou os contatos diretos acontecem por intermédio dos próprios serviços de saúde, pois é a partir deles que os usuários e familiares conhecem a existência do Movimento, assim como via cursos na área da saúde que são os locais por excelência de formação dos profissionais em saúde e de discussão sobre os tratamentos em saúde mental. Os contatos indiretos acontecem via simpatizantes ou interessados na causa que se aproximam por demandas de trabalho, por exemplo, como é o caso deste estudo ou de situações que vão à justiça e que acabam contando com a defesa da promotoria pública, há outros casos como via apoio de políticos, entre outros. Os articuladores são justamente o núcleo orgânico do Fórum que é composto por técnicos e três usuários e são estes, portanto, os sujeitos centrais.

Hoje, conforme relatado, as mobilizações para adquirir novos apoiadores à causa estão paradas, mas salienta-se que sempre são bem-vindos simpatizantes, principalmente aqueles provindos de outros espaços como profissionais do direito, da assistência social, da pedagogia, por exemplo, que podem trazer contribuições diferenciadas. Inclui-se também nesse quadro este estudo que foi apontado por alguns integrantes entrevistados como de grande importância por haver o interesse da área das ciências sociais, área do saber que não costuma tratar desse tema em específico aqui no Rio Grande do Sul. Então, sobre os critérios de seletividade e de capacidade de agregação são recebidos apoios de pessoas ou grupos interessados, sendo o foco os próprios serviços em saúde que aderem e propagandeam os ideais da Reforma, que estão expressos na Lei, e, os alunos de cursos da saúde que serão os futuros profissionais na área, atuando como professores, gestores de políticas públicas, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, médicos neurocirurgiões, entre outros.

Sobre esse assunto foi relatado que

[...] a gente articula os diversos trabalhadores que estão na rede pública com muita dificuldade porque a rede está um pouco desamparada, tem um certo retrocesso nas políticas de saúde mental, então a gente dialoga com os trabalhadores, psicólogos desses serviços de saúde mental, também usuários se reúnem aqui para discutir como eles estão vendo seu próprio trabalho e ação. O Fórum é um Fórum chamador de todo mundo, mas não necessariamente as pessoas devam ser integrantes do Fórum, o Fórum chama, é a referência, onde as pessoas se aglutinam. A gente tem dialogado com usuários dos diversos serviços, dos CAPS, dos residenciais terapêuticos, os usuários do Clínicas e do Conceição são usuários da saúde mental desses lugares, então a gente tem chamado para discutir, eles têm feito críticas. No

dia 19 tem uma audiência pública na Assembléia, então os usuários já sabem o que defender porque eles já vêm com esta discussão, com este acúmulo, e os usuários que estão fora dos hospitais psiquiátricos eles defendem, até os internos dos hospitais psiquiátricos, eles defendem que ali não é lugar de tratamento, eles não se sentem bem acolhidos, bem tratados e eles querem ter outro lugar de referência e querem tencionar para que a rede de serviços substitutivo funcione para que eles possam ter tratamento digno (T2).

É muito difícil de precisar a dimensão do número de integrantes do Movimento Antimanicomial no Estado. Sabe-se que os primeiros contatos entre os integrantes do Fórum deram-se via Academia, ou seja, devido à participação no movimento estudantil, pois os primeiros integrantes cursavam psicologia, embora não fossem a maioria dentro do Movimento Antimanicomial conforme é hoje. Após, estes estudantes foram se formando e foram trabalhar em lugares de referência como no Hospital Psiquiátrico São Pedro – nesse Hospital é que os profissionais em saúde tomam contato com o modelo manicomial e começam a se incomodar com a realidade vivenciada –, na Escola de Saúde Pública e nas universidades, e, por serem também partidários da esquerda³⁷, assumiram cargos políticos de importância como a Secretaria de Saúde do Estado e do Município.

A participação dos atores sociais integrantes do Fórum se dá via atuação em instituições importantes no trato com a saúde mental com poder decisório e propositivo, em seminários e palestras referentes ao tema da saúde mental, via protestos e mobilização pública, na educação enquanto professores de diversas áreas do saber, em forma de oficinas e formação nos serviços de saúde mental em hospitais gerais e nos serviços substitutivos, entre outros. No entanto, a adesão de novos integrantes seja técnico, usuário ou familiar dá-se em um ritmo lento porque a participação ainda é um aprendizado devido ao perfil da sociedade brasileira em que se precisam criar espaços e desenvolver um papel indutor da participação. Mas, o não ativismo não quer dizer o mesmo que alienação, pois às vezes não se tem condições em termos de tempo e recursos financeiros para desenvolver uma militância e uma atuação, bem como não basta só participar, mas ter consciência do que se debate, ou seja, a qualidade da participação deve ser considerada e avaliada.

Este argumento é central para conectar a compreensão dos princípios de justificação com a explicação do porquê estes princípios – e os atores que os vocalizam – assumem uma posição de centralidade em detrimento de outros princípios e atores sociais. A participação e a

³⁷ Conforme relato de um dos entrevistados, a Reforma Psiquiática foi a-partidária na sua execução, que é fechar os hospitais, denunciar, mas muitas pessoas foram deixando de lado a luta, sendo no campo democrático popular onde houve uma convergência maior. Não há nenhum tipo de discriminação quanto às convicções políticas diferentes, têm-se várias linhas partidárias dentro do Movimento, mas já ocorreram enfrentamentos a partir de outras concepções políticas.

conseqüente eficácia política implicam determinados recursos e determinadas competências que definem o quê importa no espaço de disputa. De fato, um dos pontos centrais da disputa se refere, exatamente, à definição e hierarquização destes recursos e competências.

A questão de participar de cargos de chefia e de coordenação atuando dentro do Governo é considerada como uma das estratégias do Fórum, ou seja, estar sempre presente em lugares importantes dentro do âmbito da saúde como nos Sindicatos, Conselho de Psicologia, na Academia, no Governo, entre outros. Conforme relato:

Os espaços de poder são fundamentais para inserir mudanças na realidade. Nós estamos ainda muito pouco na Academia, mas o espaço da política é o de excelência, a existência do Fórum é o espaço da política, lá brigamos, lutamos juntos, fazemos aliados com as entidades para apontar resoluções. [...] Nas conferências, um monte de gente que tem a ver com saúde mental se agrega, senão como tu vai mudar a realidade, a sociedade, tem um espaço muito pequeno na mídia, ela não dá a mínima importância para nós, ela só nos chama quando quer, às vezes, sai absurdos, a gente manda e-mail, manda mensagens e ela nem dá bola. Na Academia a gente faz atividades, seminários juntos, e tem a área da cultura, artistas conhecidos mundialmente vêm transformando a relação com a esquizofrenia (T1).

Mas, este tipo de estratégia já gerou divisões dentro do Movimento ainda no período inicial de sua formação em âmbito nacional, conforme abordado por Ramos (2003). Este tipo de posicionamento corre o risco de receber as críticas de que um movimento social se burocratiza e perde sua função de movimento social quando se alia ao Governo, mas, não se trata de abordar neste estudo se o Movimento Antimanicomial se constitui ou não enquanto um movimento social.

Evidencia-se que os integrantes fundadores do Fórum são os que apresentam um papel importante de liderança no grupo, pois são os que fazem as mediações políticas que permite o acesso a vários recursos e que fazem as proposições das políticas públicas no campo da saúde mental. No entanto, todos têm um papel respeitado e a simetria entre os integrantes é buscada, pois quando a simetria não ocorre é realizada a crítica e conforme relatado e observado, os usuários enquanto representantes desta categoria também exercem influência enquanto atores políticos que vão levar informações aos demais usuários não conhecedores da existência do Fórum, bem como sua atuação política se dá na unidade enquanto representantes de um movimento social que objetiva a busca pela inclusão social, cidadania, melhores condições de vida e em relação ao cuidado em saúde mental.

Entre os entrevistados os usuários relataram haver simetria nas posições entre os integrantes afirmando que “a palavra do usuário é tão importante quanto à de um técnico. A gente não se diferencia pela nomenclatura se é um usuário, técnico apenas é um termo para

indicar que somos um paciente que se trata e que usa um serviço de saúde mental” (U1). Este usuário ainda comenta que sempre teve espaço para falar e ser ouvido: “eu sempre tive uma postura de reivindicar meus direitos, tem muitos usuários que não têm isso daí por isso a gente faz esses encontros com essa bandeira para trabalhar com esse pessoal a questão dos direitos” (U1).

No entanto, quanto aos técnicos nem todos admitiram ocorrer a simetria, alguns afirmam que “neste grupo mais orgânico, mais duro, é sempre na conversa e não tem ninguém que se submeta, não interessa quem é e o que é” (T1). Mas outros salientam que às vezes a fala de um técnico fundador é a que prevalece em relação aos demais, aí a medida passa a ser a própria manifestação deste técnico fundador que intervém afirmando que o que importa é o que se está propondo e não quem está propondo, como afirmado em entrevista por um integrante fundador do Fórum (T3). Com isso conclui-se que quando aparece uma relação ou uma situação assimétrica, ao ser percebida, a contestação e a correção são feitas.

Outra questão é que a fala do próprio usuário defendendo a sua condição dá mais legitimidade a causa, pois demonstra a capacidade enquanto sujeito de poder falar de si, bem como se valoriza a experiência passada, ou seja, aquele que experenciou a vida em um manicômio sabe como é negativa esta vivência. Assim, as pessoas devem se colocar no lugar do paciente, e neste momento, o colocar-se no lugar do paciente, ou seja, ter a experiência é um tipo de prova que é acionada, ou seja, passar e vivenciar o que um usuário passou.

Os dois relatos a seguir demonstram como a fala do próprio usuário hoje se apresenta como algo legítimo por ser ele a própria prova do mal passado. O usuário tem sido ouvido tanto dentro do Fórum como em instâncias ou momento públicos, como foi o caso da Audiência Pública observada. Mas, nem sempre foi assim, ou seja, a participação do usuário era, e talvez ainda o seja, entendida como patológica e não é sempre que se escuta um usuário dando a ele a mesma credibilidade fornecida ao um médico. Isso pôde ser percebido na Audiência Pública observada em que o espaço de fala do usuário era rigorosamente de 10 minutos, no entanto, aos médicos já conhecidos, o tempo se estendia para mais de 30 minutos e só findava com o fim da fala do próprio médico. Segue abaixo os relatos reforçando o acima exposto.

Nós do Movimento somos todos iguais, nós defendemos uma mesma causa. Eu acho que tá amadurecendo essa questão de agente político. Tem alguns deles [usuários] que hoje vão a luta e eu acho que é muito mais legítimo quando eles defendem, falam. Eu me sinto muito próxima da luta deles, mas eu não sou um usuário que sofre o que ele sofre e que estou reivindicando diferentes formas de ser tratada. Pode ter pessoa com qualquer tipo de caso. O maior aprendizado no Movimento é

conviver com a diferença, eu tenho hoje uma tolerância respeitosa, legal, eu vejo a diferença, mas é o jeito deles, a gente tem que ter paciência coisa que a gente não tem mais com ninguém (T4).

Sobre a participação de um usuário no Fórum:

O povo não aceitava o fato dele ser militante, tudo era interpretado como um sintoma da doença, ele me ligava desesperado para ver se eu ajeitava um psicólogo, psiquiatra, era um inferno. Tudo que ele dizia era entendido como ele reagindo ao tratamento, modelo biológico clássico. E isso quando eu digo quando combina usuários que têm essa percepção, esse sentimento, consegue se dar conta disso e chegam nos serviços como pessoas que têm essa capacidade, até porque a formação dos profissionais é formação clássica, esse é o maior desafio que eu penso, e uma das coisas que eu queria muito na minha vida profissional é vir para a Escola de Saúde Pública, para a gente poder estar pensando na questão da educação permanente, fazer cada vez mais os colegas trabalhadores refletir sobre suas práticas (T1).

O ativismo por interesses próprios, no caso dos usuários, dá legitimidade à luta, pois é uma forma de organização das pessoas que vivenciam na prática os problemas envolvidos à doença mental porque vivem com a enfermidade e sugerem propostas no trato com a doença. Os usuários a partir de sua situação no mundo tornam-se uma categoria social que reivindica e se mobiliza, mas isso somente é possível porque foi viável em termos de fatores estruturais e conjunturais em que a questão da cidadania e da participação veio em voga apoiando a capacidade de ação e de atuação política. Sendo assim, é a partir do que traz um usuário, isto é, seu diagnóstico, seu estigma, seus sentimentos é que se compartilham estes fatores e a atuação dentro do Fórum permite a visibilidade do usuário não como um paciente, um ser passivo, e sim como um sujeito com interesses políticos próprios.

Assim, tem-se uma posição ambígua dos usuários. De um lado eles são desvalorizados por sua doença, ou seja, devido ao sofrimento psíquico não possuem os recursos e capacidade política para atuar no debate – é relatado que esta é uma visão dos “de fora” do Fórum. De outro, valorizados por possuírem a experiência direta daquilo que se combate. Mas, conforme será apresentado a seguir, os usuários ainda se prendem ao discurso sobre suas experiências pessoais deixando a desejar numa atuação mais política voltada a questão da saúde e da doença mental. No entanto, esta questão da politização, conforme anteriormente mencionado, é difícil de encontrar na sociedade brasileira em geral devido as suas características específicas e a cultura da não participação, não sendo algo relacionado diretamente ao ser portador de sofrimento psíquico.

A expressão do usuário dentro do Movimento é percebida como positiva, segundo a fala de um técnico comentando sobre a participação de um usuário integrante do Fórum tem-

se que “quando ele [usuário] está no Movimento ele se expressa, ele precisa de uma entrevista a cada mês porque é o que faz ficar bem” (T4). A relação com aqueles usuários que se aproximam do Fórum é estabelecida a partir dos dizeres a seguir.

Como é uma linha espontânea, cada pessoa que chega ela chega do jeito que ela é, não é feito nenhuma exigência, não é feito nenhuma ficha, ficamos com o telefone para chamar para uma outra vez e não tem exigência de assiduidade, não tem burocracia. A doença mental ela é muito anárquica, é um tipo de doença revolucionária do ponto de vista da saúde porque ela não se presta a nenhum formalismo porque tu tens um surto na hora que tu não tá esperando. Os usuários de saúde mental não têm aquele pensamento de que têm que educar, não se educa, a aceitação ocorre do jeito que a pessoa se apresenta, a partir daí ela vai mudando sua conduta, vai sendo outra pessoa, gosta de estar no Movimento porque é acolhida por outros usuários, se identifica com aquele grupo, as coisas que são discutidas ali têm a ver com o seu cotidiano, não é nada científico, é uma construção coletiva a partir da experiência de cada um (T2).

Sobre as divisões de funções dentro do Fórum observou-se e também se relatou que não há divisões de funções e que “sequer há uma coordenação formal. O modo de organização segue as demandas que surgem e a disponibilidade das pessoas” (T5). Sobre o fazer dos usuários dentro do Fórum salienta-se que

[...] têm diferenças lá dentro: tem pessoa que, dentro da visão da ciência na saúde mental, são pessoas com a situação muito grave, outras mais leve, nós não nos apegamos na patologia da pessoa, não nos interessa se é um deficiente mental. Têm pessoas com mais autonomia, têm pessoas com menos autonomia que vão vir para o movimento, uns vão precisar do cuidado do outro. Todo mundo se ajuda. O que a gente quer desenvolver é a autonomia da pessoa, que ela possa circular na sociedade do jeito que ela é (T2).

Os laços entre os integrantes entrevistados são fortes porque eles estão diretamente conectados. Foi afirmado em entrevista por um técnico (T6) que hoje é mais um grupo de amigos que compõe o Fórum e que a alavanca do Fórum foi a passagem de alguns militantes pelo poder. Afirma-se também que nunca se ampliou muito a participação das pessoas, isso não é objetivado, mas que se tem como problema muito sério dentro do Fórum a não institucionalidade, pois devido a não institucionalidade é difícil de conseguir recurso. Este entrevistado ainda enfatiza-se que as divergências são de ordem estratégica, sendo que a participação do usuário é muito orgânica, “são os amigos de sempre, há uma afinidade” (T6).

4.2 OS ARGUMENTOS MOBILIZADOS NO INTERIOR DO FÓRUM E NO ESPAÇO PÚBLICO

Apresentada a formação do Fórum, bem como algumas de suas características, segue abaixo a descrição das *cités* acionadas pelos atores sociais, bem como as provas utilizadas. No transcorrer do texto efetua-se ainda a análise da influência da configuração do grupo sobre as argumentações, ou seja, quais são as justificações, como elas são produzidas e por quem são proferidas.

Verifica-se um pluralismo de idéias e argumentos que foram classificados conforme cada *cité*, a recorrência a determinada *cité* já indica a noção ou representação referente à saúde mental. Isto é, o que se descreve nas linhas que se seguem. A *cité* inspirada, cuja grandeza é caracterizada pela ação individual e pela existência de pessoas que realizam engajamentos pessoais e sacrifícios por uma causa ou crença, sendo algo que transcende a essência humana por ser um estado de graça ou de santidade, não foi encontrada neste estudo. A *cité* inspirada poderia ocorrer quando se atribui o significado da doença aos fatores religiosos como uma mediunidade não desenvolvida, por exemplo³⁸.

Os princípios de justificação remetem a uma concepção de justiça e de bem comum encontrados em cenas do dia-a-dia, como as observadas para a realização deste estudo, bem como manifestadas via entrevistas. Este estudo diz respeito às relações sociais como fonte explicativa da produção das justificações sobre saúde mental, portanto, as relações sociais têm uma estrutura fundante e que influenciam no tipo de argumentação utilizada pelos integrantes do Fórum, mas o contexto de disputas argumentativas e formação de acordos permite o acionar de determinadas ações e justificações acionadas na situação pela competência crítica dos atores sociais e sua capacidade em estabelecer acordo.

Identifica-se um ciclo longo que é composto pela elaboração de Lei de Reforma Psiquiátrica de 1992 e da trajetória das políticas de saúde e de saúde mental, uma luta travada, conforme relatado, acionando a questão dos direitos humanos que estava mais em evidência do que hoje, e integrada com a proposta de serviços de atendimento alternativos que despontava como algo novo, ou seja, os integrantes do Fórum foram os sujeitos propositivos e antes deles não havia nenhuma outra proposta no Rio Grande do Sul. E um ciclo curto, isto é,

³⁸ Sobre este assunto, Montero (1985) enfatiza que a enfermidade não é entendida, tanto para o médium como para o sujeito portador do sofrimento, como algo negativo, e sim, ela é ambivalente, isto é, é um sofrimento, mas também é um aviso para que se desenvolva a mediunidade, pois a doença é uma eleição divina.

os embates atuais de Contra-Reforma Psiquiátrica (de 2005 até o presente estudo), que leva o acionar de argumentações específicas como a *cité* industrial.

A prevalência no embate público hoje do discurso baseado na eficácia (*cité* industrial), ou seja, qual é o melhor cuidado com a doença e com o doente mental está relacionada à prevalência de determinado tipo de profissionais em saúde que participam das discussões, bem como este tipo de discurso é trazido com mais frequência devido ao próprio contexto, pois a luta hoje está voltada para a ampliação dos serviços substitutivos e na garantia de que estes são a melhor maneira de se trabalhar com a saúde mental, deixando o debate sobre os direitos em segundo plano. Isso foi relatado em entrevista por um técnico (T3) que afirmou que hoje a participação de psicólogos e psiquiatras é bem maior que anteriormente em que se tinha outros profissionais engajados e em que se olhava mais para as questões da autonomia e do reconhecimento do usuário, ou seja, a *cité* cívica prevalecia. Assim, na estrutura de relações a questão do saber e sobre o tratamento vigoram enfaticamente porque o contexto é de embate com os Contra-Reformistas representados principalmente pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul que, em um discurso da necessidade de ampliação dos leitos, aproveita para defender sutilmente a manutenção dos manicômios trocando o termo manicômio por instituições psiquiátricas.

Conforme observado há uma prevalência do discurso médico-científico no debate público, ou seja, os Reformistas salientam os aspectos da Reforma relacionados à forma de tratamento – lembrando que a Reforma agrega o conjunto do sujeito, ou seja, sua autonomia, direitos sociais e políticos, entre outros, e não apenas onde e como ele deve ser atendido para cuidar especificamente dos sintomas da doença –, que faz com que os atores do Fórum que dominam este discurso (principalmente psicólogos) assumam uma preponderância enquanto porta-vozes do Fórum no debate público. Esta preponderância é devido à forma como está estruturado o debate público, conforme exposto no parágrafo acima e a seguir.

Isso não se deve às hierarquias no interior do Fórum porque não há divisões de funções dentro do Fórum, bem como quando os atores sociais percebem assimetrias eles fazem a crítica. A partir disso, apresentam-se duas conclusões. A primeira é que o Fórum é um espaço de relações que se propõem simétricas e apenas há uma preponderância do discurso médico-científico na intervenção do Fórum no debate público em virtude deste ser o discurso hegemônico naquele debate. Ou seja, é uma opção estratégica buscando eficácia política no enfrentamento dos opositores.

A segunda diz respeito que as relações assimétricas observadas na conformação do discurso público do Fórum são induzidas externamente pela configuração do campo de

disputas no qual o Fórum intervêm. Isto é, o Fórum por vezes acaba, parcialmente, reproduzindo internamente a hierarquia do campo de disputas para poder intervir nele eficazmente. Assim, há a preponderância da representação dos psicólogos porque são estes que atualmente compõem, na sua maioria, o grupo, e também justamente porque os integrantes mais antigos que ainda estão no Fórum são os mais dotados de experiência – e, nesse caso, a experiência é entendida como reconhecimento e valorização e não como submissão. Nos dois casos, trata-se da configuração das relações entre os atores sociais no campo do debate público – e não entre os atores sociais no interior do Fórum – que explicaria os princípios de justificação mobilizados.

As *cités* encontradas no estudo foram a cívica, a industrial, a por projeto, a doméstica, a mercantil e a por opinião, no entanto houve combinações de *cités*, bem como foi dada maior ênfase de algumas em detrimento de outras conforme será relatado a seguir. Ocorre uma combinação de *cités* que é para se chegar a uma ordem de generalidade maior, mescla-se a *cité* industrial e a cívica. Combinam-se também objetos diferentes tais como o usuário como representante legítimo da experiência vivida, os manicômios, os serviços substitutivos, as oficinas para os usuários, os seminários e cursos necessários para a formação dos técnicos, o uso de remédios e do eletrochoque, a rua – representando os espaços públicos de livre circulação e de direito, entre outros.

Seguem-se exemplos de falas sobre como aparece cada *cité* no discurso dos atores sociais:

A *cité* cívica presente na fala de um técnico:

O que vem produzindo esse sofrimento psíquico na contemporaneidade é que ele está fortemente marcado por fatores sociais, está-se inviabilizando uma forma saudável das pessoas conviverem com essas diferenças. Claro que se a gente vê a condição social e econômica incidindo mais em quem tem menos, os usuários ficam mais suscetíveis a crise, então, nas classes populares a gente vai encontrar isso: 90% das pessoas que precisam de cuidado em saúde mental não chegam a nenhuma forma da medicina oficial, tem que se socorrer de outros recursos. Então, isso significa que não adiantou a psiquiatria ter avançado no estudo do diagnóstico da doença em si porque ela não consegue criar a abordagem terapêutica adequada àquela doença. O grande conflito que está aí é como esses saberes que vem da psiquiatria podem compor com outros saberes que podem auxiliar na terapêutica. A questão do diagnóstico em si é importante, saber qual é a doença, qual é a terapêutica, mas muito mais importante é como tu te relacionas com essa doença, com essa pessoa e as condições que ela tem de se relacionar (T4).

A fala de um usuário:

As reivindicações dos usuários são as mesmas dos profissionais de saúde que militam. Têm uns médicos que são contra a Reforma, para eles quanto mais preso tiver o paciente melhor. A demanda dos usuários é a mesma dos profissionais, eles querem ser bem atendidos, atendimento de qualidade, que não seja invasivo, que não seja um tratamento preso, que não tire a liberdade, que o tratamento seja aberto e não preso ao local. Agora a maneira como os usuários entram no Movimento é a maneira que qualquer cidadão faz a sua opção para ingressar num partido político, num clube de futebol, fazer parte de congresso, de conselho popular, agora os usuários de saúde mental quando entram no Fórum o que mais querem é o que todos queremos, não ser internado, ter um tratamento digno, um tratamento bom (U1).

Tanto na fala do usuário quanto na de um técnico integrante fundador do Fórum, a questão do tratamento quanto à defesa dos direitos aparecem igualmente como demonstrados. Assim a vontade geral decorre de cidadãos livres e em posição de igualdade – o indivíduo que se eleva é aquele que se desliga de seus interesses próprios para fundar uma ação coletiva. A *cité* industrial foi acionada ao se exteriorizar a grandeza mencionando a competência e a eficiência, os saberes e o desempenho produtivo das pessoas. Conforme a manifestação de um técnico

O Movimento vai na contramão da psiquiatria tradicional. Esse movimento não tem um olhar médico sobre a questão do sofrimento mental, ele não agrega muito esses profissionais que já querem logo ver a patologia e trabalhar em cima dela. Uma discussão que todo o Movimento começa ter alguns pontos de divergência é a questão do eletrochoque, mas isso é uma coisa que a gente não abre mão, e isso vem do usuário para nós. Isso é da ordem do ato médico e nenhum outro profissional pode contestar, isso é um grande desafio que a gente tem ainda. O grande enfrentamento que a gente conseguiu com o Governo do Estado foi que conseguimos a proibição da execução de eletrochoque no Hospital Psiquiátrico São Pedro, isso em 1999/2000 (T2).

O contexto de desacordo é outro, isto é, não se luta mais para implantar uma lei que traz consigo uma série de questões e sim se luta pelo cumprimento da lei. O lado contrário – o dos Contra-Reformistas – é formado principalmente pelo campo médico, assim, para defender-se no embate público o Fórum também acaba utilizando um discurso médico para se legitimar, mas numa posição e com proposições de tratamento contrárias a dos Contra-Reformistas. Ainda sobre o aparecimento da *cité* industrial tem-se, no relato dos entrevistados, o questionamento do saber baseado só na medicalização. Afirma-se a necessidade de oficinas terapêuticas, os usuários denunciam o domínio e abuso de autoridade do saber psiquiátrico, afirmando que “quem sabe como é o usuário é ele mesmo, é ele quem tem que dizer o que quer” (U2), enfatiza-se a necessidade de qualificação e formação profissional constante porque os profissionais “vêm e vão”, bem como a saúde mental não é

uma questão programática nos cursos, a Academia não ensina sobre o SUS, por exemplo.

Reforçando as idéias acima se traz o relato de um técnico:

A gente tem é um grande medo, e discutimos muito profundamente sobre o que é o manicômio, pois não é porque tu saíste do hospital psiquiátrico, fechou o São Pedro, por exemplo, que nós não corremos o risco da nossa prática reproduz o manicômio. Isso é um cuidado que a gente tem de estar o tempo inteiro discutindo: o nosso cuidado, a nossa prática, como ela está se dando, porque o manicômio não é só o espaço físico, o espaço do fazer do como a gente rotiniza as coisas, é um espaço de relações, o manicômio tem muito a ver com as relações que a gente estabelece com os usuários, com os trabalhadores e com o próprio cuidado (T2).

Menciona-se também a importância da rede de serviços substitutivos, pois não pode ocorrer a separação entre um usuário, um familiar e um técnico, assim como se afirma que o tratamento é mais humano. Tem-se ainda a recorrência a autores como Michel Foucault para orientar as idéias trazidas na entrevista (T7), bem como se tem o relato de um usuário que afirma recorrer a leituras antipsiquiátricas (U3). Por fim, percebe-se a apropriação pelos usuários de termos médicos, assim como outros termos como, por exemplo, “indústria da loucura”. Sobre isso Oliveira (1998) refere:

A apropriação de termos médicos pelos informantes também chama a atenção. É uma extensa relação de diagnósticos, procedimentos e exames complementares, com os quais os pacientes, pelo contato contínuo, aprendem a manipular. O uso do linguajar médico parece ser utilizado como forma de diminuir a distância entre o paciente e o médico, em uma tentativa de fazer desaparecer a figura “leigo”: pela linguagem, são todos profissionais da saúde, ou quase isso. O contato entre “iguais” subentende maior cuidado, cortesia na relação, enfim, maior dedicação (OLIVEIRA, 1998, p.89).

Aqui se tem a internalização da linguagem médica, bem como também se evidencia como certas verdades são produzidas e presenciadas na prática do usuário e do profissional em saúde mental, ou seja, estabelece-se um conjunto de valores e de comportamentos ditos normais devido à internalização da ideologia dominante o que historicamente abafa as possíveis aspirações populares. Explica-se esta idéia pelo dizer de um técnico, por exemplo:

Quando alguém nos procura como profissional de saúde mental eles dizem: eu quero me internar, eu quero ir para o hospital. Esse pedido deve ser avaliado na questão da pessoa estar dizendo: eu preciso de ajuda, estou doente. O fato é que no imaginário dessas pessoas o que ficou construído para ela, anos e anos, foi a internação psiquiátrica, essa é a referência que as pessoas ainda tem, esse é o modelo manicomial, essa é a lógica que nós queremos desconstruir. Se essa pessoa encontra um psiquiatra com a mesma concepção, psicólogo com a mesma concepção, essa pessoa vai diretamente para o hospital psiquiátrico e nós não conseguimos reverter a lógica, nós reforçamos o modelo com essa prática. Quanto à pessoa, é feito toda uma avaliação sobre o que ela pensa da sua saúde mental, o que ela gostaria de atendimento, se ela conhece outros recursos terapêuticos na área de saúde mental, se

ela já experienciou o atendimento ambulatorial, avalia se ela tem suporte na comunidade que possa servir de ajuda para a vida dela, então, tu começa a dialogar sobre a possibilidade de outras alternativas para o tratamento dela. Isso é uma postura do profissional de como ele acolhe, recebe esse pedido e vai traduzir esse pedido de ajuda, que é sempre um pedido de internação, é um pedido ou de medicamento ou de internação (T2).

De forma menos expressiva aparecem as demais *cités* – por projeto, doméstica, mercantil e por opinião. Na *cité* por projeto a grandeza é estabelecida a partir da quantidade de elos que se estabelece e consideram-se as conexões como um valor. Neste estudo esta *cité* está representada quando os entrevistados enfatizam a importância de se “estar em todos os lugares”, ou seja, utilizar os meios de comunicação, trabalhar em diversos locais estratégicos politicamente, mas também para reforçar a rede de contatos, ampliar a lista de e-mail, formar alunos conhecedores do ideário da Reforma Psiquiátrica, fazer deslocamentos pelo interior do Estado para propagar a idéia da Reforma e ampliar a rede ganhando adesão dos profissionais, usuários e familiares, enfatizando que a participação de todos é fundamental. A rede está vinculada com a questão da adesão das pessoas, e, neste sentido, é um instrumento de prova e de poder, ou seja, ter muita adesão é a prova da força social do Fórum e assim, demonstra a capacidade mobilizadora, bem como o quanto as pessoas são simpatizantes aos ideários da Reforma, sendo um demonstrativo de poder social tendo como projeto uma mudança cultural e simbólica sobre as noções de saúde mental presentes na sociedade.

Quando os aspectos centrais são a memória, a tradição, a transmissão de bens e quando ocorrem relações personalizadas que ligam os membros de uma coletividade, tem-se a *cité* doméstica. O mundo doméstico pode ser considerado o mundo do Fórum, isto é, os usuários afirmam que do isolamento encontraram algo novo no Movimento ao se identificar com a forma de tratamento, com o resgate da cidadania, pela possibilidade de troca de experiências, mas, principalmente pela afinidade e amizade estabelecida o que faz do Fórum uma “família” porque é nele que muitos encontram o suporte necessário. O relato de que o que os fundadores do Movimento sugerem normalmente é acatado demonstra haver uma espécie de valorização sustentada pela memória da história e experiência construída por estes integrantes fundadores do Fórum. Sobre a família, esta é considerada como algo que deveria se tratar junto com o usuário, pois às vezes ela é a própria fonte da loucura. Atualmente não há nenhum familiar integrante do Fórum, mas, coloca-se que no lado dos Contra-Reformistas há inclusive organizações de familiares. No entanto, os integrantes do Fórum afirmam que a família é importante e que muitas vezes ela não aceita o usuário e acaba estigmatizando-o.

Os argumentos referentes à questão da renda, do trabalho e da subsistência, típicos da *cité* mercantil, são evocados pelos técnicos e pelos usuários. Para estes o mundo do trabalho estigmatiza ao mesmo tempo em que se tem a necessidade de sobrevivência. A demanda de moradia e de emprego também está presente no discurso do usuário. Para os técnicos o mundo mercantil é acionado numa crítica a oferta de emprego no Hospital Psiquiátrico São Pedro, pois o funcionário que trabalha lá recebe um valor em salário maior devido à garantia do risco de vida:

Eu saí do São Pedro, ganhei menos, mas a minha dignidade é mais importante do que ganhar o risco de vida, os 40% do Estado, ninguém quer sair do São Pedro, pelo contrário, é uma pena de gente querendo ir para o São Pedro por causa do risco de vida. Estamos pensando numa postura do Governo que altere essa relação (T1).

Outra questão se refere às demandas nos serviços substitutivos, ou seja, nestes requer-se um corpo funcional maior, necessita-se maior repasse de dinheiro para a sua implantação, conforme a fala de um técnico: “uma coisa é ter um manicômio com uma grade, não precisa muitas pessoas; uma coisa é tu oferecer a contenção outra é ter pessoas dispostas a fazer isso, é muito quantitativo” (T2). O fato de o Sindicato Médico possuir mais dinheiro para bancar suas campanhas também é motivo de argumentações controversas. Por fim, salienta-se que o adoecer é motivado por um fator social, ao mesmo tempo em que a diferença é motivo de segregação devido a não compreensão de que o portador de sofrimento psíquico terá os seus limites, isto é,

[...] pessoas diferentes, com uma face diferente, que vem com um funcionamento diferente, o mercado de trabalho não suporta, ele já não suporta os ditos normais. Suportar isso como o direito de alguém de trabalhar diferente porque ele não teve a oportunidade que eu tive de me cuidar, de se tratar, aí a responsabilidade não é nem familiar, foi uma concepção teórica de tratamento que tirou ele do direito (T4).

Por fim, antes de apresentar como as relações sociais entre os integrantes do Fórum incidem sobre os princípios de justificação, caracteriza-se a *cité* por opinião. A opinião dos outros aparece como elemento central nas argumentações dos atores sociais quando o usuário afirma a importância da militância para alterar a imagem social presente sobre o usuário. O usuário quer ser conhecido e reconhecido de outra maneira. No entanto, os integrantes do Fórum alertam para a falta de recursos financeiros para bancar a contra-informação midiática, criticam ao argumentar que “a mídia oficial não tem interesse e adota o discurso de quem tem dinheiro, formando assim a opinião pública sobre a temática da saúde mental” (T3). A estratégia tem sido recorrer aos jornais de bairro, aos sindicatos para angariar recursos, a realização de manifestações públicas e a organização de seminários e eventos para propagar o

ideário da Reforma, assim como para informar sobre os direitos dos usuários, pois se concebe dentro do Fórum que por não conhecerem as leis e os direitos os usuários se internam nos hospícios.

4.3 COMO AS RELAÇÕES SOCIAIS INCIDEM SOBRE AS JUSTIFICAÇÕES E AS PROVAS ACIONADAS

As justificações acerca da saúde mental foram construídas a partir das relações entre os atores sociais, esta afirmação se sustenta ao identificar que o Fórum se constitui dentro de um espaço que é o espaço da Academia e se sustenta em espaços de poder como a vinculação ou a estratégia de atuar dentro das instituições já relatadas neste texto, por exemplo. Assim, tem-se que o argumento baseado na *cité* industrial, conforme acima indicado como sendo o argumento que atualmente prevalece, é o mais acionado porque os técnicos são originários do espaço acadêmico, os usuários pertencentes ao Fórum provêm dos serviços de saúde – local onde se reproduz o discurso médico-científico, e pouco ou nada agrega dos outros saberes sobre saúde e saúde mental – bem como no debate externo, ou seja, o embate com os Contra-Reformistas se dá no nível de quem tem o saber necessário para poder referir-se a questão da saúde mental. Ou seja, é visível a força do poder institucional presente no embate público porque são considerados a profissão e o seu prestígio – se psiquiatra, psicólogo, etc. –, a autoridade e o currículo de quem está falando.

A situação de embate é de Contra-Reforma, conforme já descrito no capítulo dois deste estudo, em que se tem uma tentativa de substituição dos termos manicômio por instituições psiquiátricas. Aqui se evidencia a atualidade dos dizeres de Foucault (2006) de que há um princípio de descontinuidade e de exterioridade nos discursos, sendo que os discursos devem ser pensados em um período histórico determinado e com um específico jogo de relações. A autoridade do saber médico, legitimada historicamente, pois é a dominação exercida por uma verdade construída que nasce os valores tidos como legítimos, é evidente na fala dos Contra-Reformistas observada, bem como na crítica de um usuário que questiona:

Uma luta que a gente tem muito, que é muito pesada para nós, é que tem muito dinheiro em jogo. A questão dos donos dos hospitais psiquiátricos, eles lucram muito, e eles não querem abrir mão disso, e eles fazem até um jogo de palavras:

“manicômio é uma coisa hospital psiquiátrico é outra”. Fazem todo um discurso para legitimar o que eles querem, que no fim é só lucro (U3).

A resposta do usuário a este exercício da dominação é o exercício de colocar-se no lugar do outro, esse movimento é o considerado legítimo:

Eu acho que os que são contra a Reforma Psiquiátrica, eles não se põe no lugar do paciente, teve até um psicólogo que é do Movimento que falou isso de perguntar para as pessoas se elas fossem doentes como elas gostariam de ser tratadas (U3).

No embate público os argumentos selecionados são os discursos referentes à terapêutica, ao campo profissional e a sustentação argumentativa é feita pelos técnicos. Nesse sentido, como os atores sociais decidem se um argumento é ou não legítimo se impondo sobre outro igualmente legítimo? Como negociam o que será dito e por quem será dito? Se um argumento deve ser fundado em um princípio superior comum, isto é, ser geral, o que se apresenta como válido é o discurso científico por ser o discurso e a prática dominante, de que todos têm direito a receber atendimento médico indicando qual é o tipo de atendimento. Quem tem competência para falar sobre isso é quem tem o conhecimento, no caso os técnicos, mas também quem tem experiência, no caso os usuários – este ganha espaço internamente nas discussões do Fórum devido ao tipo de espaço, ou seja, o Fórum é um segmento do Movimento Antimanicomial Nacional que se constitui na abertura democrática que traz consigo a inclusão da participação de todos.

Tanto a fala do técnico como a do usuário tratam de relatar a questão do tratamento e a sua eficácia, mas sob perspectivas diferentes, ou seja, um exalta as experiências vividas como paciente e o outro como profissional. Na produção de acordos entre os Reformistas, quando é necessário definir o que falar no embate público como na Audiência Pública observada, a *cité* industrial além de ser majoritária entre os técnicos atualmente, é utilizada pelos usuários, pois o tipo de situação e de debate o leva a acionar a questão da eficácia do tratamento, ou seja, dos serviços substitutivos, assim como porque é a partir da convivência nesses serviços que os usuários tomaram conhecimento do Fórum e se aproximaram do mesmo, construíram um tipo de relação pessoal com os demais integrantes, bem como o espaço do Fórum foi indicado como de grande importância para a própria saúde mental porque se obteve a consciência de sua condição de saúde.

Ou seja, foi apontado que o modelo de atendimento apoiado pelos Contra-Reformistas não inclui o que o usuário pensa, assim, no Fórum, a partir da discussão sobre qual é o tipo de tratamento, os usuários se sentem contemplados e também utilizam a justificativa ancorada na

cité industrial. Sobre a atuação e mudança do usuário ao entrar no Movimento, ou seja, desloca-se de uma condição de passividade para a condição de sujeito político a partir do entendimento de si e de sua condição social tem-se que:

A partir do momento que o paciente é só passivo, necessitando do medicamento, quando entra no Movimento passa a ser sujeito de direitos, não objeto de estudo, passa a ter e a exercer o direito. Então, melhora o quadro dele porque ele começa a interagir com outras pessoas, usuários e não usuários, profissionais que também fazem parte do Movimento, e começa a ter uma alteração profunda no quadro, embora o Fórum não seja local de tratamento, mas você dá a contribuição social também (U1).

O usuário segue afirmando:

Cada reunião que a gente vai não é que se aprenda, mas a gente se torna uma pessoa útil que pode debater, pode dizer alguma coisa, eu dou muitas sugestões, idéias. O pessoal do Movimento não me vê como um doente, essa é a relação que está mudando com a Reforma e com a questão do Movimento. Entre nós não há diferença, nós nos tratamos como usuários como uma forma de dizer. O usuário é aquele que se trata psiquiatricamente, com psicólogo, por isso que se chama usuário em saúde mental, não se chama doente mental, louco, depressivo. O mesmo valor que tem a minha fala tem a de outro usuário, é igualzinho à fala de um técnico do Movimento. Então, não existe entre nós essa separação, não é um local que a gente vai para se tratar. O Fórum de Saúde Mental e o Movimento Antimanicomial não são locais de tratamento, são locais de luta, de reivindicações, de projetos, de idéias, onde não há diferença, usuário, técnico e familiar têm o mesmo valor, diferente de lá fora na sociedade em geral, se tu disseres que tu tens um problema de saúde mental a tua voz já não é ouvida de igual para igual, no Movimento é de igual para igual (U1).

No entanto, questiona-se até que ponto as diferenças de concepções de cuidado e de noção sobre a saúde mental são vivenciadas e incluídas? Ao verificar quem são os integrantes orgânicos do Fórum verifica-se a não presença, por exemplo, de usuários com entendimentos alternativos sobre a saúde e a doença mental, por exemplo, foi relatado o caso de um usuário que optou por aderir a uma religião e que se afastou das reuniões do Fórum, essa atitude foi relatada negativamente por outro usuário. Assim, evidencia-se que os atores sociais são sensíveis a um número limitado de repertórios argumentativos que tem uma importância variável segundo as situações onde eles se colocam engajados.

O Fórum se origina no processo de democratização do País e das reivindicações de participação social dos setores da sociedade, por isso o discurso cívico também está presente, principalmente na fala dos técnicos integrantes fundadores do Fórum, e vem ao encontro das aspirações também dos usuários porque em se tratando de um segmento do Movimento Antimanicomial Nacional utiliza-se a argumentação cívica e a necessidade de participação de todos. Os integrantes do Fórum, críticos à visão mais tecnicista dentro da psicologia, mas

ainda ligados ao campo profissional, se aliam e são provenientes de um movimento de esquerda e muitos deles a um partido de esquerda. Assim, a prática de escutar as demandas dos usuários encontra espaço e um contexto propício para isso:

Na perspectiva dos serviços é diferente, o usuário tem mais voz, ele participa do grupo, ele se torna um sujeito com mais autonomia e participante, assumindo seu lugar de quem tem uma doença importante, em muitos casos por toda a vida, mas não é isso que vai fazer dele uma pessoa (T1).

Mas não são todos os usuários dotados da capacidade e de recursos para poder se engajar e efetuar a crítica. Isso é verificado pela pouca adesão dos usuários, ou seja, há apenas três usuários considerados orgânicos. O fator que implica na não participação dos usuários é a própria cultura da não participação, ou seja, mesmo em outros setores e movimentos sociais no Brasil a questão da politização e da participação é difícil de ocorrer. Sobre a conscientização relata-se:

É uma atividade a mais até porque os outros usuários têm um nível de conscientização também que não só aquela de ser passivo dentro das coisas. Mas, o usuário de saúde mental, o paciente psiquiátrico, é muito passivo, ele aceita tudo, os terapeutas muitas vezes exercem um domínio sobre eles de uma maneira que maneja a pessoa como se ela fosse uma criança. Não é contestar o médico, é contestar nos momentos que os médicos exercem um abuso de autoridade, aí nós temos que contestar aquela coisa do abuso da autoridade do médico, do que ele falou tá falado, isso já caiu há muito tempo. Para mim enquanto paciente eu não aceito mais isso, o médico comigo vai ter que ter uma outra postura, vai ter que explicar, vai ter que conversar, vai ter que dizer o porquê, tem muita discriminação e muito preconceito quanto a isso aí, inclusive dos próprios médicos. Agora não é contestar o médico só para contestar, tem muito médico por aí que trata os pacientes muito bem, que tem uma postura diante do paciente psiquiátrico muito interessante: conversam, dialogam, explicam as coisas (U1).

A participação dos demais usuários, conforme observado, ocorre em eventos e situações em que a presença deles é importante, como na Audiência Pública observada. Assim, estes usuários que participam das atividades são provenientes dos serviços de saúde e são trazidos e convidados pelos técnicos que atuam nos serviços substitutivos, ou seja, há um vínculo profissional envolvido. A presença destes usuários é legítima e esta ancorada na *cité* por projeto, ou seja, demonstra a importância das conexões e da participação dos usuários como prova de que de fato eles são sujeitos.

É a partir de um conjunto de possibilidades de posições, de relações, de perfil dos atores sociais dados pela configuração da estrutura de relações que certos argumentos são acionados e são considerados legítimos. A estrutura de relações leva em conta a participação e o engajamento na luta, mas também a uniformidade quanto ao entendimento sobre a Reforma

Psiquiátrica. As relações entre os primeiros integrantes do Fórum foram formadas pelo contato profissional, ser colegas de universidade, e, por serem militantes de esquerda. Este fato influencia na produção e no acionar dos argumentos embasados na *cité* cívica em que se convocam também os usuários a aderirem à causa por reconhecimento e pelos direitos pautados em um direito a ter um tipo de tratamento de saúde diferenciado do manicomial.

Os laços foram se estendendo aos serviços de saúde, local de formação profissional e de passagem de usuários. É através desses locais que alguns usuários aderiram ao Fórum. Dentro do grupo a posição ocupada pelos usuários é fundamental porque é o que dá legitimidade a luta, ou seja, os demandantes mesmos que aceitam e aderem a Reforma. No entanto, conforme exposto acima não são todos os usuários que são dotados de recursos e, portanto, que participam do Fórum. Assim como, no debate externo a sua fala nem sempre é considerada de igual valor porque se considera que ele não possui o saber necessário para entender a sua própria condição de saúde ou a sua reivindicação é tratada como sintoma da loucura.

Os cursos de formação profissional, de graduação e de especialização, por exemplo, também são locais de agregação dos integrantes. Inclusive a “nova geração” dentro do Fórum é proveniente destes espaços. No entanto, esta “nova geração” de técnicos se diferencia da dos integrantes fundadores por se pautar mais na preocupação quanto à forma de tratamento do que na questão mais geral dos direitos humanos. Estes integrantes têm um papel importante porque trazem a possibilidade de renovação e de continuidade do Fórum, mas no debate externo a representação deles é menor.

Estas relações influenciam nas argumentações das seguintes maneiras já descritas acima, com a produção das *cités* industrial e cívica. No que diz respeito à construção dos argumentos que envolvem as demais *cités* tem-se que o mundo da opinião aparece no relato dos usuários, tanto internamente ao grupo quanto no debate externo, a partir do relato das experiências, preconceitos vivenciados e da necessidade de reconhecimento. Esta é a forma como se apresenta a fala do usuário, e como é considerado importante e legítimo que se traga a fala do usuário por ele mesmo não há ponderações sobre este tipo de justificação. No entanto, em entrevista, alguns técnicos salientaram que o usuário quando fala está muito preso ao relato de suas vivências e que deveria politizar mais a sua fala. Esta é uma tensão importante e presente também em vários movimentos sociais, ou seja, tende-se a criticar a incapacidade dos atores sociais transcenderem suas vivências e demandas imediatas/pessoais e buscarem objetivos mais gerais.

A *cit * doméstica   mais vivenciada do que exteriorizada pelas argumenta es, ou seja, nos poucos argumentos que acionam esta *cit * comentou-se em entrevista que há algumas hierarquias aceitas e legitimadas internamente, não devido ao saber incorporado, mas como experiência reconhecida. Esta *cit *   vivenciada devido ao forte vínculo afetivo estabelecido entre os integrantes, ou seja, os integrantes formam um grupo de amigos antes de tudo. A *cit * mercantil aparece internamente, como já relatado, quando se denuncia o dinheiro e os interesses envolvidos na questão da loucura. Tanto os técnicos como os usuários acionaram, em entrevista, esta *cit *. Isso se explica pelo contato de ambos com esse debate, já que nos Seminários sobre saúde mental e inclusive nos escritos de Paulo Amarante, uma das referências do Movimento em nível nacional, traz-se esta questão que   apropriada pelos integrantes por ser um debate já antigo e pertinente. Por fim, a *cit * por projeto   acionada no debate público, quando os técnicos mencionam a quantidade de pessoas que aderem a Reforma. Este discurso   legítimo pela própria estrutura dos movimentos sociais, pois uma das formas de mostrar força e potência   mostrando a quantidade de elos e de apoiadores   sua causa.

Internamente a simetria   buscada, mas conforme relatado o peso da fala de um técnico, principalmente se ele for fundador do Fórum, tende a ser maior do que a de um usuário, mas, nesse caso, há um reconhecimento da legitimidade do que fala este técnico fundante:

Não tem muita divergência conceitual porque esse funcionamento informal acaba determinando uma coisa que eu acho problemática como movimento social, mas que funciona, tem uma efetividade do ponto de vista político, que   o seguinte: o que as dinoss uricas do Movimento alertam e delimitam o que   prioridade acaba se tornando [...] então não tem discussão mais de fundo até porque como   um Movimento que acontece por demanda, por ameaça, a gente se reúne quando a gente tem uma grande questão para ver, sempre quando a gente se reúne, não   unânime, mas não chega a ter grandes divergências (T6).

No entanto a possibilidade de simetria de poder entre usuários e técnicos pode ocorrer a partir do novo modelo de cuidado com a saúde mental proposto pelos Reformistas, o contrário ocorre no modelo psiquiátrico de aten o. Reforça-se esta idéia com os dizeres de um técnico:

Como se sabe, o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira inspiram-se na experiência italiana de Desinstitucionaliza o. A Desinstitucionaliza o Italiana, ao contrário de outros movimentos que têm criticado o modo de funcionamento do hospital psiquiátrico, não defende a reciclagem, moderniza o ou humaniza o do Manicômio, mas sim sua extin o, entendendo que todos os estabelecimentos que seguem seu modelo e as lógicas que justificam sua existência, são incompatíveis com uma política de respeito aos

direitos humanos. Cabe lembrar que a proposta da desinstitucionalização não deve ser confundida com a desospitalização, pois não diz respeito ao mero fechamento de um estabelecimento, e sim a um questionamento de um modo de funcionamento cristalizado e opressor, que pode ser reproduzido em qualquer lugar, inclusive em serviços abertos e comunitários. O alvo de sua crítica, portanto, não é apenas o hospital psiquiátrico, mas a instituição “psiquiatria”, que pressupõe relações de poder totalmente assimétricas. Sua proposta é que o acento esteja na experiência de sofrimento do sujeito, e não em sua doença, sendo que sua principal linha de ação é a luta política pela transformação no modo como a sociedade se relaciona com a loucura (T5).

Este mesmo técnico afirma que o modelo proposto pelos Reformistas não está imune ao risco, ou seja,

[...] o risco hoje é exatamente este: a institucionalização da Reforma Psiquiátrica. Corremos o risco de nos engessarmos em posições cristalizadas, perdendo a capacidade crítica e a ousadia de pensar diferente. Embora no Movimento nacional tenha havido essa discussão sobre a criação de um movimento só para usuários, sem trabalhadores; ou vice-versa, encontros só para trabalhadores, sem usuários. Creio que no Fórum essa relação é tranqüila. Como disse: todos se apóiam mutuamente, embora os trabalhadores ainda sejam o maior número. A riqueza dessa troca de experiências e pontos de vista é que faz toda a diferença do Movimento (T5).

Esta citação traz uma informação importante, isto é, a existência de tensões no Movimento, em âmbito nacional, que levaram a propostas de separação entre usuários e técnicos. A não existência deste conflito no Rio Grande do Sul, pelo menos as informações adquiridas e apresentadas indicam isto, indicam a simetria nas relações entre os atores sociais. Sendo que quando ocorre a existência de uma hierarquia ela é revista pelos próprios integrantes, e assim, a contestação é acatada.

Somam-se às argumentações as provas utilizadas pelos atores sociais para embasar os seus argumentos. Tem-se que a argumentação é um processo de mobilização de recursos, e para explicar a eficácia de um discurso pode ser por capacidade de sustentação e convicção do locutor, mas também na capacidade de convencer colocando em causa interesses universais e interesses próprios a partir do uso de determinados objetos utilizados como prova legítima. O usuário atualmente é acionado como prova ao falar sobre si, ou seja, é a prova de que o usuário é também sujeito, o seu discurso em determinados espaços é o discurso considerado legítimo. Essa prática de participar gera também o empoderamento e o reconhecimento do usuário, por este demonstrar sua experiência, autonomia, capacidade de ação e de escolha.

Algumas provas ou objetos identificados na fala dos entrevistados para reforçar os seus argumentos são citados neste parágrafo. Como anteriormente mencionado tem-se o usuário na condição de um sujeito que expressa um discurso autônomo e como condição de uma prova que serve para a sustentação do discurso médico-científico do Fórum e a crítica do

discurso médico-científico dos técnicos da Contra-Reforma. Assim, a referência é a própria prova do sofrimento passado, dos preconceitos vivenciados, e da utilização do usuário como objeto de estudo,

É bem prático isso, o que se percebe quando se diz eu fui internado no São Pedro, eu fui internado no Clínicas, é uma coisa prática assim de se dar conta mesmo disso. O hospital psiquiátrico carrega muito estigma que o hospital geral não acarreta. Mesmo dentro do Movimento, teve uma época que eu estava pensando em sair de casa, os outros usuários diziam que não, porque, às vezes, eles internalizam o rótulo de doente (U3).

No plano material, foi verificada a sustentação dos argumentos usando a existência dos manicômios visíveis (estrutura física) e invisíveis (prática excludente existente). O uso de eletrochoque como instrumento de poder e de dominação, justificado cientificamente foi citado, ou seja, o colocar a discussão entre a vida e a morte, isto é, da possibilidade de morrer se não for usado o eletrochoque. Foi comentado em entrevista que na prática usa-se o eletrochoque não naquele que está morrendo e sim no “adolescente rebelde”, por exemplo. Quando se retirou o uso do eletrochoque evidenciou-se que ninguém havia morrido pela falta dele e concluiu-se que houve contrato com as empresas que vendiam os aparelhos de eletrochoque, pois elas estavam entrando em falência por conta que não estava vendendo mais. Por fim, entre outras provas acionadas a ampla rede de relações sociais é utilizada como prova da adesão das pessoas ao projeto da Reforma.

A indústria farmacêutica produtora dos psicotrópicos foi apontada como a grande adversária e como prova de que por trás da indicação de um remédio está o interesse pelo lucro:

O maior sucesso dessas indústrias é dentro dos hospitais psiquiátricos, onde elas mais conseguem consumidores e o grande mediador de tudo isso é uma psiquiatria conservadora, que faz a mediação porque é quem prescreve aqueles psicotrópicos. Os psiquiatras têm a viagem garantida para um seminário, têm uma pesquisa que eles querem publicar e eles não têm como financiar. Fazem eventos só para psiquiatras e os caras fazem a propaganda dos psicotrópicos, isso rola muito dinheiro porque estes medicamentos são muito caros (T2).

Há uma tentativa de superação do olhar restritamente médico quando se aponta causas sociais, econômicas e emocionais, assim como soluções sociais para o enfrentamento da doença mental e com o intuito de promover a autonomia, a sustentação financeira do usuário. Como já afirmado por Dias (2007), a adoção da Reforma Psiquiátrica ocorre em um momento histórico em que os países da América Latina presenciam a retração do Estado e o

agravamento do processo de empobrecimento da população. Tem-se como exemplo relatado a necessidade de melhorar as condições de vida das pessoas, mas este tipo de argumento ainda não encontra espaço atualmente no embate público, embora já se tenha feito algo como o “Projeto São Pedro Cidadão”, já mencionado neste texto. Reforçando esta idéia:

Qual é a clínica? Temos uma discussão de que clínica é esta que nós fazemos porque na verdade nós não temos o objetivo da cura, a gente acha uma pretensão imensa porque o sofrimento psíquico ele é resultante de condições materiais de vida, de condições sociais, enfim, a gente persegue mais no campo da dignidade humana e do direito ao tratamento do que perseguir uma cura. Por que alguém que sofre de sofrimento psíquico tem que morar mal, tem que viver mal? Por que a gente não olha para o conjunto das condições de vida dessa pessoa? O sofrimento vai diminuir com certeza. Então essa questão da dignidade humana, do direito ao tratamento digno e de qualidade ainda é a nossa clínica. A nossa luta é aquela do acompanhamento, de poder estar junto com o usuário (T2).

Outro problema que aparece na atualidade é o caso do uso do álcool e das drogas:

Outra coisa que eu acho importante e que nós, o movimento todo no Brasil e na Europa, temos são fenômenos novos que temos muito que avançar: é o setor do álcool e das drogas. Essa hoje é a doença da modernidade atual, e daí tem a ver com a sociedade que estamos vivendo agora, este é um fenômeno que a gente está Tateando ainda, a gente ainda está na origem das causas, contra o uso das instituições totais, mas tem esses novos fenômenos (T1).

Permanece a demanda de incluir outros profissionais, como sugerido em entrevista, bem como de se trabalhar com saberes populares que trazem a sua contribuição nesta idéia do próprio Fórum de que o usuário não é um paciente e sim uma pessoa que tem vontade própria e que discute o seu tratamento. A clínica sugerida efetua dois papéis: aquele do trabalho do terapeuta, do cuidado diário do usuário, e, aquele do cuidar da organização do usuário enquanto cidadão, pois só assim se transforma a sociedade.

Algumas diferenças aparecem em relação à explicação da causa da doença e do agir do usuário, no caso abaixo se demonstra além do que ocorreu com um usuário, a apropriação de leituras da anti-psiquiatria devido ao contato com profissionais da saúde:

Eu ponho minha opinião, eu digo: não, vocês estão sendo preconceituosos, e realmente o nosso problema a gente segue realmente na prática. Tem também a questão do biológico que tem usuário que acha que tudo é uma questão biológica e eu penso diferente. Para os usuários seria necessário que eles lessem sobre o assunto, e não ler o CID10, por exemplo, mas ler “História da Loucura” do Foucault, livros do Basaglia, livros do David Cooper (U3).

Assim, para operacionalizar a teoria de Boltanski interessa analisar situações de disputa e de negociação, contemplando as diferenças e as divergências dentro do grupo. Foi

comentado haver divergências, mas que não se intenciona chegar ao acordo, pois o debate ainda está sendo produzido, ou seja, não há nenhuma cobrança porque o Fórum é o próprio sujeito gerador do debate. Foi mencionado que há divergência em detalhes, em como fazer as coisas, de que se tem muita discussão e disputa, pois isso faz parte do processo democrático. Sobre esse assunto ainda, relatou-se que houve um momento considerado polêmico dentro do Fórum:

Como todo movimento, também tem suas contradições, pois às vezes é difícil conviver com as diferenças. Há pouco tempo, por exemplo, houve um racha no movimento nacional, que separou-se em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial. O Fórum tentou manter uma posição independente, embora tenha se vinculado à Rede. No entanto, apesar e para além dos caciques, formou-se um grupo na internet: “emdefesadareformapsiquiatrica”, que serviu como grande aglutinador do Movimento que andava disperso e com muitas brigas internas. Nesse grupo, onde a participação é aberta e bastante dinâmica, são trocadas informações de todo Brasil, em relação à política, clínica, gestão, experiências, vivências, controle social, legislação, entre várias outras. Creio que é uma experiência promissora, pois nos permite uma articulação bem mais ampla, rápida e descentralizada – no sentido de sem centro mesmo (T5).

Conforme exemplificado a partir da observação dos embates públicos proporcionados pelo contexto específico de disputa pela política de saúde mental no Rio Grande do Sul, bem como pelas entrevistas fornecidas, há uma correspondência entre a configuração da estrutura de relações e a maneira como se estruturam os argumentos. As características das relações sociais entre os atores sociais: de onde os integrantes do Fórum provém, ou seja, a influência Acadêmica e a atuação dentro dos próprios serviços substitutivos, a situação e o contexto em que as argumentações são proferidas e a escolha do tipo de argumento acionando um tipo de *citê* dentro das citadas e classificadas neste estudo, a simetria e a não simetria de poder dentro e fora do Fórum possibilitou acompanhar porque alguns argumentos se impõem em detrimento de outros nas situações. Assim sendo, são as diferenças de posicionamentos que levam ao debate de argumentações, no entanto, as argumentações exteriorizadas estão vinculadas ao tipo de conformação das relações sociais.

Há concepções diferenciadas dentro do Fórum e há a prevalência de determinados princípios de justificação no discurso porque há também uma prevalência de determinados atores sociais que veiculam este discurso. Como foi relatado, a solidariedade, a questão da autonomia e das condições de vida do usuário, a questão da igualdade de participação, enfim alguns princípios da Reforma e do Fórum hoje não chegam tanto ao debate público porque a defesa estratégica deve se apoiar em outros discursos.

Neste capítulo demonstrou-se a operacionalização de que é a partir de determinadas

relações sociais que os princípios de justificação e as ações são produzidos. A fala dos entrevistados foi trazida neste capítulo juntamente com algumas questões apontadas pela pesquisadora, portanto, tratou-se de considerar simetricamente o relatório do sociólogo e o relatório dos atores sociais integrantes do Fórum porque ambos os relatórios têm pretensão de validade e se apóiam em provas e argumentos. Verificou-se também que as articulações em rede geram empoderamento, participação, luta e reconhecimento do usuário como também à causa dos Reformistas, isso a partir do embate tendo presente um pluralismo de idéias. A seguir, nas considerações finais deste estudo, apresenta-se um apanhado das principais idéias e conclusões desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrando este estudo, efetua-se um apanhado do que foi abordado nesta pesquisa e trazem-se algumas reflexões finais. Nos capítulos iniciais, tratou-se de demonstrar como a questão da definição e o tratamento da loucura são disputados historicamente em nível internacional e nacionalmente, sendo que o Movimento Antimanicomial é um Movimento abrangente. No entanto, o local tem suas particularidades, conforme abordado na seção que apresenta o contexto do Rio Grande do Sul com suas lutas e formulações atuais das políticas públicas disputadas. Nesses embates, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental é historicamente o principal propositor e articulador das propostas e da defesa do cumprimento da Lei de Reforma Psiquiátrica de 1992, elaborada conjuntamente com esse grupo.

Propôs-se a partir de um exercício de desnaturalização efetuado neste estudo evidenciar como a loucura foi construída enquanto objeto. Sabe-se que para Boltanski, uns dos autores usados como referencial teórico, o objeto de pesquisa não é o passado e sim as várias ações e relações situacionais da vida cotidiana mobilizadoras de variadas argumentações. No entanto, entende-se que não basta evidenciar essas argumentações, pois é de interesse desta pesquisa mostrar como estas justificações dependem de determinados tipos de relações anteriormente construídas. Assim, a teoria de Boltanski tem para este estudo seus limites, e se buscou outras abordagens complementares como o uso da análise relacional e os aportes teóricos de Michel Foucault.

Ao discorrer sobre o histórico da loucura, considerou-se as condições estruturais já existentes para se explicar a influência das relações sociais no comportamento e nas argumentações dos atores sociais. Portanto, as contribuições de Foucault complementaram a teoria de Boltanski, o que é consonante com a análise relacional utilizada na dissertação. Evidencia-se descontinuidade nos discursos sobre a loucura, pois os discursos são determinados historicamente. No entanto, ao analisar o discurso sobre a loucura além de abranger sua aparição, deve-se avaliar o jogo de relações sociais preocupadas com questões do presente. Assim, hoje o contexto é o das disputas envolvendo as concepções sobre saúde mental e um processo político de disputa tanto no interior do Fórum como em relação a toda rede da política em saúde mental, ou seja, as disputas entre os contrários e os a favor da Reforma Psiquiátrica de 1992.

Foucault permitiu perceber as diversas classificações das noções a respeito da loucura, com sua história e particularidade das relações de força, poder e dominação. As orientações

dos organismos internacionais, atualmente, expressam as novas relações constituídas no âmbito mundial e influenciam a formulação da política de saúde brasileira. Bem como se verificam influências teóricas e práticas de modelos de atendimento a doença mental de movimentos internacionais como os Europeus e dos EUA, os inspiradores da “nova psiquiatria”. A particularidade histórica brasileira, e em alguns pontos em consonância com as orientações internacionais, caracteriza as disputas inseridas dentro de um contexto político específico.

Optou-se pelo uso de Foucault e demais autores devido à particularidade da problemática deste estudo, isto é, apenas o tipo de situação não é explicativo do tipo de ação e argumentos acionados pelos atores sociais, mas sim é devido às relações sociais que se justifica o aparecimento público de certas argumentações. Coube a sociologia pragmática compreender as críticas colocadas pelos atores sociais e ao pesquisador a formulação de novas questões sobre objeto investigado. A partir do uso do referencial teórico de Boltanski, não se pretendeu elaborar um modelo de funcionamento da sociedade, mas esclarecer as situações e os discursos dos atores sociais. Foi um trabalho interpretativo dos atores sociais para se ajustar às circunstâncias acionando categorias gerais para a produção dos acordos. Quanto ao uso da análise relacional, apreendeu-se como, por que e por quem determinados argumentos são mobilizados, não tomando as justificações como algo independente em relação à configuração das relações entre os atores sociais que as empregam.

O uso dos argumentos exteriorizados ocorreu porque eles já são argumentos considerados legítimos e esse acionar legitima também os atores sociais que os mobilizam. Os integrantes do Fórum demonstraram ter competência crítica e são os laços sociais que estruturam as ações e os argumentos acordados. São justamente estes acordos produzidos que influenciam as políticas em saúde mental devido ao poder de articulação e de influência do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A disputa vigente é resultado de um processo histórico, e afirmando-se isso se quer dizer que a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e no Brasil ocorreu no interior da Reforma Sanitária, e esta se implanta no contexto das transformações societárias. No entanto, por ser algo recente, o ideário da Reforma ainda precisa se consolidar na prática.

As orientações enfatizando a forma de tratamento ainda prevalecem, ou seja, o campo “psi” mantém seu poder estabelecendo um modo de viver com a doença. Percebe-se assim o quanto a atenção voltada à loucura se altera em cada contexto específico de disputas de poder: hoje, o paradigma problema-solução defendido pelo Fórum indica que não se trata de um problema simplesmente tecnocientífico, mas normativo, social e ético, como o modelo

dominante internalizado ainda é o modelo institucional, o embate se centra sobre o tratamento. O termo “Reforma” já indica que elementos permanecem e outros novos se adicionam, embora ainda dentro do viés médico, nesse sentido o risco de reproduzir a lógica manicomial ocorre dentro dos serviços substitutivos, tendo em vista a variedade de profissionais que lá trabalham.

Há o predomínio do discurso médico-científico no debate público devido à forma como está estruturado o debate público. O predomínio médico-científico não ocorre devido às hierarquias no interior do Fórum porque quando os atores sociais percebem assimetrias eles fazem a crítica. É uma opção estratégica buscando eficácia política no enfrentamento dos opositores, e, que por vezes, acaba reproduzindo internamente a hierarquia do campo de disputas para poder intervir nele de forma eficaz. Assim, o Fórum apresenta um espaço de relações que se propõe simétrico e há a preponderância da representação dos psicólogos porque são eles que compõem o grupo majoritariamente, também porque são os integrantes mais antigos e dotados de experiência – a experiência é reconhecida e valorizada e não é um fator gerador de submissão.

A abordagem utilizada no estudo é relacional objetivando captar as diferenças em relação às noções de saúde mental na situação e na relação entre os integrantes do Fórum. As *cités* como tipos ideais construídos auxiliaram na classificação das argumentações e a formação da rede social permitiu trazer as posições e o perfil dos atores sociais. Nesse sentido, não se aderiu a apenas um quadro teórico, pois há limites e possibilidades de cada referencial teórico utilizado, percebido já no formular da problemática do estudo, assim como no confrontar-se com a realidade empírica.

A hipótese de que o padrão de configuração do Fórum Gaúcho de Saúde Mental explica os princípios de justificação utilizados pelos atores sociais integrantes do Fórum foi confirmada. Os objetivos deste estudo também foram cumpridos, isto é, no capítulo quatro foram identificados os atores sociais inseridos no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, foram apresentadas as relações sociais, as posições e as funções dos integrantes do grupo, e, após efetuou-se a classificação das justificações e provas acionadas, bem como das ações ocorridas o que permitiu compreender as noções envolvidas sobre a saúde mental. Nos capítulos antecedentes situou-se o aparecimento da loucura e evidenciou-se a formação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, resgatando as condições históricas do debate atual, posterior ao surgimento da Reforma Psiquiátrica de 1992.

Para a concretização dos objetivos a escolha metodológica foi decisiva, ou seja, a pesquisa qualitativa, a entrevista, a observação sistemática e assistemática, e a análise de

conteúdo foram suficientes para compreender como se sustentam e quais são as argumentações e as críticas exteriorizadas pelos atores sociais. Reforçam-se ainda as justificativas deste estudo: enquanto relevância social tem-se a preocupação com a questão do tipo e com a quantidade de serviços de atenção ao portador de sofrimento psíquico, com a questão da participação dos usuários em reivindicar e em defender a sua visão sobre a doença e a saúde mental. Competiu a este estudo visualizar quais agrupamentos e linhas de interesse se conformam em um processo político de disputa.

Como justificativa acadêmica foi um desafio articular a análise relacional, o referencial teórico de Boltanski e as contribuições de Foucault para a compreensão de um objeto empírico como o deste trabalho que por si mesmo envolve também uma abordagem interdisciplinar, já que o objeto deste estudo perpassa outras áreas do saber que não apenas o das Ciências Sociais. A confrontação entre a teoria e a empiria possibilitou compreender e explicar o objeto de análise. Por fim, além da relevância do estudo para o grupo estudado, para o campo acadêmico salienta-se o aprendizado pessoal em conhecer as particularidades de um grupo social como o Fórum Gaúcho de Saúde Mental a partir do contato e das trocas proporcionadas pela realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES E MALAVOLTA, Míriam C. e Mário de A. “Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro”. In: FERLA E FAGUNDES, Sandra Maria Sales e Alcindo Antônio (org.). **O Fazer em Saúde Coletiva**: inovações da atenção à saúde no RS– Porto Alegre: DaCasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BAKUNIN, Mikhail. **Socialismo e Liberdade**. Luta Libertária. São Paulo: Coletivo Editorial Anarquista, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARNES, Jonathan A. “Redes sociais e processo político”. In: FELDMAN-BIANCO, B (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas – métodos**. São Paulo: Global, 1987. p.159-193.

BAUER, Martin W; GASKELL, George (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A Guareschi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BÉNATOUÏL. Thomas. “Critique et pragmatique en sociologie: quelques principes de lecture”. **Annales Histoire, Sciences Sociales**. Paris, n.02, 1999. p. 281-317.

BOLTANSKI, Luc. **L’amour et la justice comme competences**: trois essais de sociologie de l’action. Paris: Métailié, 1990. p. 213-234.

BOLTANSKI, Luc, CHIAPELLO, Ève. **Le nouvel esprit du capitalisme**. Paris: Gallimard, 1999. p. 154-238.

BOLTANSKI, Luc, THÉVENOT, Laurent. **De la Justification**: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard, 1991.

BILLOUET, Pierre. **Foucault?** São Paulo: Estação Liberdade, 2003.

CALLON, Michel. “Por uma nova abordagem da ciência, da inovação e do mercado: o papel das redes sócio-técnicas”. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 64-79.

CARRARA, Sérgio. “A espécie humana sob ameaça”. In: **Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CORCUFF, Philippe. **As Novas Sociologias: construções da realidade social**. Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

CORTES, Soraya Maria Vargas. “Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados”. In: **Cadernos de Sociologia**. Pesquisa social empírica: métodos e técnicas. Porto Alegre, v.9, 1998. p. 11-47.

_____. **Viabilizando a participação em conselhos de políticas municipais: arcabouço intitucional, organização do movimento popular e *policy communities***. GT14. XXVI Encontro da ANPOCS, 2002.

CRUZ, Régis A C.; DIAS, Míriam T. G.; FRICHEMBRUDER, Simone C.; MONTEIRO, Jaqueline da R.. “Projeto Morada São Pedro”. In: FERLA Sandra Maria Sales; FAGUNDES, Alcindo Antônio (org.). **O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no RGS– Porto Alegre: DaCasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002.**

CRUZ, Régis A C.; DIAS, Míriam T. G.; FRICHEMBRUDER, Simone C.; RAMMINGER, Tatiana; REVERBEL Carmen F.; WAGNE, Luciane C.. “Seguimento e avaliação da Reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro”. In: FERLA E FAGUNDES, Sandra Maria Sales e Alcindo Antônio (org.). **O Fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no RS– Porto Alegre: DaCasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002.**

DAMATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo, ou, como ter ‘Anthropological Blues’”. In: **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, nº27, maio de 1978.

DEPUTADO Troca quer a revisão da Reforma Psiquiátrica. Disponível em www.as.rs.gov.br. Acessado em 10 de abril de 2005.

DE BLIC, Damien. “La sociologie politique et morale de Luc Boltanski”. **Raisons politiques**, Paris, n.03, 2000, p. 149-158. Disponível em www.boltanski.chez.tiscali.fr. Acessado em agosto de 2005.

DIANI, Mario. "Network Analysis". In: **Methods of Social Movement Research**. Bert Klandermans and Suzanne Staggenborg, Editors. University of Minnesota Press, Minneapolis, London, 2002. p.173-200.

DIAS, Míriam Thaís Guterres Dias. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese de doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC/RS, Brasil, 2007.

DISCUSSÃO sobre a Reforma Psiquiátrica. Disponível em www.as.rs.gov.br. Acessado em 05 de dezembro de 2005.

DODIER, Nicolas. "Agir em diversos mundos". In: CARVALHO, M. C. B. (org). **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo: Cortez/FAPESP/Instituto de Estudos Especiais – PUC. 1993. p.77-109.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. "Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução". In: DUARTE E LEAL, Luiz Fernando Dias e Ondina Fachel (org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

EMIRBAYER, Mustafa. "Manifesto for a relational sociology". **The American Journal of Sociology**, v.103, nº2, sept./1997.

FERREIRA, Virgínia. "O inquirido por questionário na construção de dados sociológicos". In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. (orgs.) **Metodologia das ciências sociais**. Lisboa: Afrontamento, 1986. p. 166-196.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **A Ordem do Discurso**. 13 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

_____. **As Palavras e as Coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

_____. **História da Sexualidade 1: A Vontade do Saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FRANÇA, Antônio Carlos de Souza Leão Galvão. **Fundamentos para uma Clínica Ressocializadora:** análise de uma experiência de Residência em Saúde Mental no DF. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, DF, julho de 2001.

FREY, Klaus. **Políticas Públicas:** um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, nº21, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1963.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 117-127.

GUATARRI, Félix. **As Três ecologias/Félix Guatarri.** Tradução de Cristina F. Bittencourt. Campinas, SP: 1990.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** Tradução de Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JUHEM, Philippe. **Un nouveau paradigme sociologique? À propos du modèle des Économies de la grandeur de Luc Boltanski et Laurent Thévenot.** Scalpel. Cahiers de Sociologie Politique de Nanterre, v.1, 1994. Disponível em www.boltanski.chez.tiscali.fr. Acessado em março de 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado; PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; MIRON, Vera Lúcia. **A Reforma Psiquiátrica nas Publicações da Revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.4, n.2, 2002. pp.03-09. Disponível em www.fen.ufg.br. Acessado em março de 2007.

KAUFMANN, Jean-Claude. “Commencer le travail: rapidité, souplesse, empathie”. In: **L’entretien compréhensif**. Paris: Colin, 2004. p. 33-57.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar edições, 2002.

LAVALLE, Adrián G.; CASTELLO, Graziela; BICHR, Renata M. **Os Bastidores da Sociedade Civil. Protagonismos, Redes e Afinidades no Seio das Organizações Cívicas**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP. São Paulo, novembro de 2006.

LOPES, Sônia G. B. C. **Bio: Introdução à Biologia, Citologia, Embriologia animal, Histologia animal, Os seres vivos, Genética, Evolução, Ecologia**. São Paulo: Saraiva, 1994 (volume único).

LÓPEZ, Fábio López. **Poder e Domínio. Uma visão anarquista**. Achiamé. Rio de Janeiro: 2001.

LOZARES, Carlos. **La teoria de redes sociales**. Disponível em: <http://seneca.uab.es/antropologia/jlm/ars/paperscarlos.rtf>. Acessado em 27 de fevereiro de 2007.

LUFT, Celso Pedro. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Scipione Autores e Editores, 1984.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn e RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil**. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia e Ciência Política, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 399-407, 2007.

MARQUES, Eduardo César. **Estado e Redes Sociais: permeabilidade nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.

_____. **Redes sociais, poder e intermediação de interesses nas políticas públicas brasileiras**. Seminário Temático Políticas Públicas. Anais do XXVIII Encontro da ANPOCS. Caxambu: ANPOCS, 2004.

MARQUES, Eduardo César. “Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.14, nº41, 1999. p.45-67.

_____. “Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.21, nº60, 2006. p.15-41.

MARQUES, Paulo Eduardo Moruzzi. **Discursos sobre a sustentabilidade e princípios de justificações**: perspectivas com vistas ao estudo dos conflitos em torno de projetos de desenvolvimento rural no Brasil. Porto Alegre: PGDR/UFRGS, 2005. mimeo. 12p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O paradigma da medicina científica**. *s/d*. Fotocopiado.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem**: a Magia na Umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NEGRI, Toni. **Relire Boltanski et Thévenot**: sociologie et philosophie politique. 1994, 28p. Disponível em www.sfsp-france.org/revue/article . Acessado em março de 2008.

OLIVEIRA, Francisco J, Arsego. “Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso?”. In: Duarte e Leal, Luis Fernando Dias e Ondina Fachel (orgs). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

OPAS/OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Gênova/Suíça. 2001. Disponível em www.who.int. Acessado em novembro de 2007.

PÉLICIER, Yves. **História da Psiquiatria**. Publicações Europa-América, Coleção Saber, Portugal, 1973

PINTO, Alessandra Teixeira Marques. **A Relação entre a História da Loucura de Michel Foucault e o Movimento Antipsiquiátrico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, 1998.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura**. 2. ed, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

PROJETO DE LEI Nº40/2005. Deputado Adilson Troca. Porto Alegre, fevereiro de 2005.

QUIVY e CAMPENHOUDT, Raymond e LucVan. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva Publicações, 2005.

RAMOS, Sílvia. **O Papel das Ongs na Construção de Políticas de Saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental.** Artigo apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra dos Reis, Brasil, 2003.

RESENDE, Heitor. “Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS E COSTA, Silvério Almeida e Nilson do Rosário (org). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil.** 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, 1989: com alterações adotadas pelas emendas constitucionais n 1/91 a n 24/98.** 7 ed. Porto Alegre: Corag, 1999.

SCHERER-WARREN, Ilse. “Das mobilizações às redes de movimentos sociais”. **Sociedade e Estado.** Brasília, v.21, n.1, jan./abr., 2006. p.109-130.

SILVA FILHO, João Ferreira. “A medicina, a psiquiatria e a doença mental”. In: TUNDIS E COSTA, Silvério Almeida e Nilson do Rosário (org). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCHIAVONI, Alexandre. “Corpo e loucura na Porto Alegre do final do século XIX”. In: LEAL, Ondina Fachel (org.). **Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social.** 2. ed. Editora da Universidade, 2001.

SILVA, Camila Mariani e EWALD, Ariane Patrícia. **Políticas em saúde mental: o que vem sendo produzido?** Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia. Mnemosine, v.2, n.1, 2006. p.36-44.

SIMERS EM REVISTA. **Reforma Psiquiátrica: Adilson Troca assume projeto de revisão; Batalha ganha: Secretário da Saúde cumpre decisão judicial e anuncia reabertura de unidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro.** Ano 05, n. 22, março/2005.

SIMERS apóia a revisão da Reforma Psiquiátrica. Disponível em www.as.rs.gov.br. Acessado em 10 de abril de 2005.

SOUZA, Celina. “**Estado da Arte**” da Área de Políticas Públicas: conceitos e principais tipologias. Versão preliminar. GT14. XXVII Encontro da ANPOCS, 2003.

SOUZA, Iara Maria; RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César. **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

TAVARES, Francinei Bentes. **Os princípios de justificação em jogo nos conflitos socioambientais:** o caso do extrativismo florestal no litoral Norte do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, Programa de Desenvolvimento Rural/PGDR. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo [et alli]. **Reiventando a Vida. Narrativas de Recuperação e Convivência com o Transtorno Mental.** Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

VERLE E BRUNET (org.), João e Luciano. **Construindo um Novo Mundo. Avaliação da Experiência do Orçamento Participativo em Porto Alegre – Brasil.** Porto Alegre, Guayí, 2002.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história.** 4. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1998.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIETTA. Edna Paciência; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. **Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Março; 9 (2): 97-103, 2001. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf. Acessado em 2007.

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Participa desde quando do Fórum Gaúcho de Saúde Mental? Quais condições propiciaram a emergência e formação deste grupo e de sua participação enquanto integrante do grupo?
2. Como ficou sabendo/tomou conhecimento sobre os ideais da Reforma e do Fórum? Como buscou informações sobre? Como o vínculo com as demais pessoas integrantes do Fórum foi formado?
3. Tem idéia de como os demais integrantes do Fórum foram se somando ao grupo?
4. Quais funções/atividades desempenha dentro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental? Quais funções tem para desempenhar?
5. Quem são as principais pessoas/atores/grupos que participam do Fórum? Qual é o principal objetivo/ o que os une/como surgiu o Fórum? Na sua opinião, o objetivo foi/está sendo contemplado?
6. Quais as principais diferenças dentro do Fórum sobre as noções sobre saúde e doença mental que você lembra?
7. Quais as principais alterações ocorridas em relação às concepções sobre saúde/doença mental?
8. Qual sua avaliação sobre a Reforma Psiquiátrica?
9. Qual é a intervenção da rede dos apoiadores da Reforma Psiquiátrica na sociedade atual? Como o Fórum atua?
10. Qual e como é a relação entre técnicos, familiares e usuários do Fórum e entre os grupos/pessoas envolvidos?
11. Quantos são os participantes do Fórum Gaúcho de Saúde Mental que sejam considerados orgânicos ou o “núcleo duro” do grupo?
12. Pode indicar outras pessoas que podem colaborar na pesquisa pertencente ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental (citar nomes e se possível enviar contato para realizar possível entrevista)?
13. Tem alguma indicação de material para a pesquisa no assunto?

Obrigada!