

Cuidado em Liberdade, um Encontro Entre Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica
Care in Liberty, a Meeting Between Paulo Freire and the Psychiatric Reform
Cuidado en Libertad, un Encuentro Entre Paulo Freire y la Reforma Psiquiátrica

Ana Carolina Ametlla Guimarães¹

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

André Barciela Veras

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Alessandro Diogo de Carli

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Resumo

O objetivo deste ensaio foi de apresentar as interseções entre a teoria de Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como sua aplicabilidade na estruturação de um trabalho clínico, que dê sustentabilidade aos preceitos desse movimento reformista. Fazemos ao longo do texto, um questionamento a respeito da operacionalização do cuidado em saúde, pautado na produção de liberdade, contraposto ao risco da execução de uma reforma superficial que não se diferencie subjetivamente da posição opressiva de segregação manicomial. Discutimos sobre a reorientação da atenção em saúde mental ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência, bem como nas relações contratuais que se dão entre os trabalhadores e os usuários, adotando como referencial teórico, alguns aspectos práticos e conceituais da teoria Freireana.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, Paulo Freire, autonomia

Abstract

The objective of this essay was to present the intersections between Paulo Freire's theory and the Brazilian Psychiatric Reform, as well as its applicability in the structuring of a clinical work, which gives sustainability to the precepts of this reformist movement. Throughout the text we make a question about the operationalization of health care, based on the production of freedom, as opposed to the risk of performing a superficial reform that does not differ subjectively from the oppressive position of asylum segregation. We discuss the reorientation of attention in mental health anchored in the axes of the quality and humanization of care, as well as in the contractual relations between workers and users, adopting as theoretical reference, some practical and conceptual aspects of the Freirean theory.

Keywords: psychiatric reform, Paulo Freire, autonomy

Resumen

El objetivo de este ensayo fue presentar las intersecciones entre la teoría de Paulo Freire y la Reforma Psiquiátrica brasileña, así como su aplicabilidad en la estructuración de un trabajo clínico, que dé sustentabilidad a los preceptos de ese movimiento reformista. En el texto, un cuestionamiento acerca de la operacionalización del cuidado en salud, pautado en la producción de libertad, contrapuesto al riesgo de la ejecución de una reforma superficial que no se diferencie subjetivamente de la posición opresiva de segregación manicomial. Discutimos sobre la reorientación de la atención en salud mental anclada en los ejes de la calidad y humanización de la asistencia, así como en las relaciones contractuales que se dan entre los trabajadores y los usuarios, adoptando como referencial teórico, algunos aspectos prácticos y conceptuales de la teoría Freireana.

Palabras clave: reforma psiquiátrica, Paulo Freire, autonomía

¹ Endereço de contato: Rua Dario Dibo Nacer Lani, 190, Campo Grande, MS, CEP: 79032-300. Tel-Fax (67) 3028-1008 / (67) 99922-8120. E-mail: carolametlla@hotmail.com

Introdução

As instituições psiquiátricas e sistema normativo e assistencial da área de saúde mental sofreram reformas, desde o fim da II Guerra Mundial, em diversos países. Estes processos de reforma concretizaram-se em várias iniciativas, tais como: mudanças e reorientações, tanto no âmbito dos direitos humanos como no das políticas sociais, com grande ênfase na experiência italiana, que foi efetivada a partir dos anos sessenta, em relativa sintonia também, com outros processos europeus (Goulart, 1993; Amarante, 1996).

No Brasil, até os anos 80, a rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Os resultados desta postura foram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação de agravos, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários. A resposta assistencial para o mal estar psíquico ou mental era, na grande maioria das vezes, a internação. O lugar do sofrimento psíquico era sinônimo de isolamento, sendo o tratamento sempre realizado através do afastamento do doente mental do convívio social, de forma prolongada, se não, definitiva (Machado, Loureno, & Muryci, 1978; Goulart, 1992). A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo foi um dos direcionadores dos princípios da reforma psiquiátrica. O questionamento prioritário passa então por uma direção de garantia de cidadania para as pessoas acometidas de sofrimento psíquico.

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como marco fundamental da política de atenção a saúde mental e norteia toda a Política de Saúde voltada para as questões relacionadas ao sofrimento mental. Historicamente, passou do modelo religioso da “salvação do louco” (no período colonial) para o modelo médico da cura e do reparo (a partir do fim do século XIX), chegando às proposições reformistas atuais. Estas buscam a superação do modelo pautado na objetivação do sujeito, visto de forma distante e depositário do saber instituído, para uma posição de diálogo e participação dos usuários sobre o adoecimento e o próprio tratamento.

Neste ponto, já podemos observar uma proposta semelhante à de Paulo Freire, que propõem uma interlocução com o conhecimento popular e critica a educação depositária que desconsidera o conhecimento do outro no processo educacional. Paulo Freire (1921-1997) discorre sobre a dicotomia professor-aluno na situação de ensino aprendizagem criticando o estabelecimento de uma distância intransponível entre os dois. Chama atenção para essa barreira que pode se estabelecer entre educandos e educadores e alerta para que a existência do conhecimento na prática da educação, na maioria das vezes ratifica distanciamento, quando deveria trazer consigo a ideia de compartilhamento, uma vez que há sempre o que se transmitir e se receber. Sem isso, se estabelecer uma situação de onipotência de um lado e de tabula rasa de outro. Estes questionamentos do lugar do conhecimento e do saber no campo da saúde também nos subsidia a questionar a posição distante e onipotente que os profissionais assumem diante da loucura ou de quem sofre.

O movimento da reforma psiquiátrica tem como proposta uma clínica pautada no paradigma do cuidado e na ampliação do exercício da cidadania (Bezerra Jr., 2007). Apesar de inspirada em modelos internacionais, marcadamente a Psiquiatria Democrática italiana, o processo brasileiro de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de um país em desenvolvimento (Delgado, 2007).

A desinstitucionalização pretendida pela Reforma Psiquiátrica brasileira teve e tem ainda, a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial asilar, questionando-o como aparato anti-terapêutico. Isto se traduz na procura da superação da assimetria de contratualidade entre pacientes e profissionais de saúde mental e na necessidade de ampliação dos direitos e do exercício da cidadania. Preza também, pela participação ativa dos principais interessados no processo: os que são alvo das ações e os que as indicam e as efetivam. Dessa forma, traz para o centro das ações: os usuários e os trabalhadores em saúde (Amarante, 1996). Aqui novamente um paralelo com as proposições freinianas, na qual o saber passa a ser compartilhado e as propostas de intervenção colocam os educandos em posição ativa no “fazer com o outro e não para o outro” (Freire, 1987).

Nesse sentido, os esforços para superação da internação como única abordagem à doença e ao doente mental implicaram na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos às práticas hegemônicas até então (Furtado, 2006). As questões relativas à igualdade e liberdade se colocam como fundamentais na construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos e irão nortear as reivindicações que estruturaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como são pilares de sustentação nas propostas freinianas. Este, assim como o movimento da Reforma Psiquiátrica coloca em discussão o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar ou aprender, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.

Freire-Costa (1987) sintetiza bem a situação da assistência psiquiátrica no Brasil quando se referiu à estrutura encontrada nos anos oitenta, como uma “rede de desumanidade, de ignomínia”, especialmente quando se tratava da rede hospitalar privada. Segundo ele, “situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três ‘pês’: pobre, preto e psicótico” (Freire-Costa, 1987, p. 48). A rede assistencial a qual Costa fez referência, neste trecho, passa a ser ofertada, no Brasil, de forma massiva, nos anos sessenta e cresce até meados da década de oitenta, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social (Goulart, 1992). Esta situação não era simples de ser mudada, pois envolvia questões culturais e interesses financeiros muito arraigados na sociedade (Goulart, 2006).

Em 1978, no contexto da redemocratização, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Este movimento organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas, ampliando o entendimento da função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico. Com isso, surge um espaço de discussão no campo da saúde mental dando início às primeiras elaborações concretas de propostas de desinstitucionalização, ultrapassando sua natureza exclusivamente técnico-científica. A partir disto, observamos o engajamento social, chamando atenção para a necessidade do envolvimento da sociedade civil em questionamentos importantes para a consolidação do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1995).

Em 1989, dois outros acontecimentos marcaram esta trajetória, sendo de fundamental importância no pioneirismo da experiência brasileira. O primeiro foi à intervenção, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado que con-

tava com mais de 500 pessoas internadas, isso só foi possível devido ao processo de municipalização do sistema de saúde. Esta intervenção deu início ao fechamento destas instituições e à substituição do modelo assistencial, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como modelo substitutivo, de caráter aberto e de base comunitária. Com a repercussão da experiência de Santos, o outro fato importante foi o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados. As portarias 189/91 a 224/92 do Ministério da Saúde abriram a possibilidade, até então inexistente, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) financiasse outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. Neste sentido, entende-se que a questão da desinstitucionalização não pode ser reduzida a meras medidas de desospitalização, sem a necessária construção de uma nova rede de serviços e cuidados, que deva operar numa nova loja paradigmática centrada no sujeito e no seu meio social (Amarante, 1995).

Aqui novamente tomamos de empréstimo Paulo Freire, onde em vários momentos este reafirma a necessidade dos educadores entenderem e levarem em consideração o meio social em que se inserem os educandos e partindo deste entendimento poder fazer proposições que retirem os alunos da condição de quem apenas recebe o conhecimento para uma posição ativa de produção e construção de saber que tem por finalidade também, a produção de uma nova construção social.

Os anos noventa consolidaram os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção. A descentralização promovida através do SUS, associada às variáveis de política local permitiu o desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar, centrado no hospital psiquiátrico. Com isto, aumentou-se a fiscalização de clínicas e hospitais psiquiátricos ocorrendo, paulatinamente, a limitação ao crescimento das estruturas de internações psiquiátricas de caráter asilar, com a redução do parque manicomial em todo o país. O esforço de construção não foi orientado apenas do ponto de vista técnico. No caso brasileiro, a participação organizada dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, aliados aos usuários dos serviços e seus familiares foi fundamental para se entender o processo de mudança e sua direção, que ultrapassou os limites da reforma meramente estrutural e passou a propor profundas redefinições conceituais e organizacionais (Goulart, 2006).

Outro marco histórico para o setor de saúde mental, que possibilitou mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, revendo criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (Brasil, 2004).

Para Bezerra Jr. (2007), mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é de produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Tem-se que promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade, estando atento constantemente para

estimular uma atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram às voltas com a experiência do sofrimento psíquico. Paulo Freire também enfatiza alguns aspectos primordiais para a garantia de uma prática educadora produtora de autonomia dentre esses destaca: simplicidade, humanismo, bom senso (ética em geral), esperança e respeito as diferenças. Afirma também que o fracasso educacional deve-se em particular a técnicas de ensino ultrapassadas e sem conexão com o contexto social e econômico do aluno, mantendo-se assim o status quo, pois a escola ainda é um dos mais importantes aparelhos ideológicos do Estado (Freire, 1996). O empoderamento dos usuários e dos educandos é de fundamental importância para a modificação das práticas instituídas, pois sem isso as proposições de mudanças continuam sendo pensadas e executadas sem a participação das pessoas que deveriam propô-las e idealizá-las. A ideia de que os profissionais da saúde ou os educadores sabem mais sobre o outro do que o próprio outro é um dos elementos centrais de um pensamento soberbo, que esvazia o potencial de mudança e de criatividade necessários tanto no processo de aprendizagem quanto no de cuidado ampliado das pessoas. Sabemos que a construção da figura do doente mental desprovido de razão e consequentemente de direitos permeia o imaginário popular e encontra ressonância inclusive dentro dos serviços de saúde e que esta construção ratifica ainda mais condutas abusivas e distantes que vão na direção oposta das propostas reformista e freinianas. Esta entende que, ensinar e cuidar deve respeitar o aluno e o usuário, não os deixando na passividade, pelo contrário, oferecendo condições para que trabalhe ativamente em benefício de seu próprio enriquecimento intelectual, social, afetivo e curativo.

A legislação brasileira vigente até o ano de 2000 tratava os doentes mentais como sujeitos desprovidos de direitos civis. Assim muitas vezes as internações se processavam de forma automática e arbitrária, convertendo-se em verdadeiras autorizações de sequestros e condenações a encarceramento, muitos dos quais não eram incomuns que fossem perpétuos. Várias destas resoluções se apoiavam em evidências superficiais, facilmente manipuláveis. Segundo Goulart (2006), houve uma aproximação muito grande entre a suspeita de doença mental e a perda da cidadania, desta forma, estes perdiam seus direitos civis e eram convertidos ao *status* de problema de segurança pública, amparados na fantasiosa periculosidade que lhes era atribuída com frequência. Fato este que contribuiu de forma importante para o aumento exponencial no quantitativo de Hospitais Psiquiátricos.

As denúncias e reivindicações de reforma se encontraram com a crise previdenciária que já não suportava concretamente os custos do sistema que ela mesma criou (Oliveira & Teixeira, 1985). Para Goulart (1992), a crise que se instalou trouxe à tona questões ligadas à corrupção, à desassistência e à violência. Destaca-se que este cenário estava claramente relacionado a uma prática política que priorizava a privatização, gerando transferência de responsabilidade assistencial ao setor privado, amplamente financiado pelo Ministério da Assistência e Previdência Social, que operava com uma imensa compra de serviços psiquiátricos, colaborando com o aumento descontrolado destes serviços. Tais instituições privadas ainda apresentavam como características a resistência à fiscalização pública e o descompromisso com a clientela que acolhia. Na rede pública, que também se alicerçava na prática de segregação de doentes mentais em enormes estruturas asilares, observava-se um estrangulamento financeiro importante, que gerava condições ainda piores de assistência às pessoas se encontravam asiladas nestas instituições (Amarante, 1998).

Foi do seio deste movimento que surgiram iniciativas, que se revelaram fundamentais tanto a nível legislativo como assistencial. A novidade da estratégia, de iniciativa dos profissionais e gestores públicos da área de saúde mental, ligados ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), foi de promover reformas na legislação e estruturação de práticas alternativas. Neste contexto, foi apresentado, em 1989, o Projeto de Lei n. 3657, que passou a ser conhecido pelo nome de seu proponente, o deputado federal Paulo Delgado. O Projeto previa, em quatro claros e breves artigos, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Este projeto era muito semelhante à Lei italiana de 1978, chamada genericamente de Lei Basaglia (Goulart, 2006).

Para Rotelli, Leonardis, Mauri e Risio (1990), a questão a ser reavaliada pela psiquiatria está em superar a separação criada entre o objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Esta separação artificial contribuiu para a construção de um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos, todos referidos à “doença”. A descentralização da doença, para a pessoa que sofre, modifica e amplia o objeto de ação, bem como modifica as práticas instituídas, questionando as instituições totais e a segregação destas pessoas do seu meio. Partindo desta premissa, coloca-se em questionamento também o modo pelos quais as pessoas são tratadas.

A terapia não é mais entendida como a perseguição exclusivamente da solução – cura, o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência. Traçamos aqui, novamente um paralelo com a educação, esta também passa a ser vista por Paulo Freire como um processo de aperfeiçoamento contínuo, que envolve valores e construção do caráter, organização da personalidade e principalmente inserção social. Trata-se de uma esfera muito mais ampla que na realidade exclusivamente a aprendizagem de uma dada habilidade e precisa fazer sentido também na existência e na vida das pessoas, não podendo ser pensada desconectada do corpo social.

Levando em consideração essas novas concepções, surge a necessidade de se pensar novos equipamentos de saúde para dar suporte a estas experiências. Destaca-se então, a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em março de 1987 em São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, no bojo das transformações mais gerais ocorridas naquele município no âmbito da saúde mental, após intervenção na Clínica Anchieta em 3 de maio de 1989. São estes serviços, pioneiros enquanto propostas alternativas à internação e aos tratamentos psiquiátricos convencionais. O primeiro CAPS foi inaugurado em meio a um processo de redemocratização do país e num contexto de transição de uma fase sanitária (de reformas que tinham como princípio a inversão de uma política nacional privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra hospitalares), para a chamada “desinstitucionalização” ligada, por um lado, à ideia de desospitalização (influência do modelo americano), e por outro à ideia de transformação cultural (influência do movimento italiano). Começa-se a pensar então numa rede assistencial externa intermediária, não-cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade (Amarante, 2011).

Uma das questões estruturantes desse novo modelo se baseia no fato de que a doença mental passa a ser pensada no campo da saúde coletiva que não desvincula os sujeitos

dos contextos micro e macro social, como a família, o trabalho e seu contexto histórico. A partir deste paradigma, o serviço deve buscar um “cuidado personalizado” a quem atende, funcionando como um núcleo de reflexão, de sistematização de informações e experiências, gerador de tecnologias capazes de serem transmitida aos profissionais de saúde mental para a sustentação e construção de uma rede de serviços preferencialmente comunitária (Amarante, 2011).

O NAPS fundamenta-se conceitualmente em determinados autores, a começar por Basaglia, do qual é tomada a noção de utopia para pensar a ação prática de transformar a realidade. Para tanto, segundo o mesmo, a abertura do manicômio ultrapassa a noção espacial e tem em si a dimensão de reestruturação profunda de questões que envolvem a capacidade individual e coletiva da sociedade em estar aberta para a vida desses pacientes (Nicácio et al., 1990). Este projeto tem claramente como eixo norteador a desconstrução do manicômio, com a criação de um serviço que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua.

Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica uma ética que permeia o trabalho de produção de autonomia e de garantia de direito. Este é um ponto chave na Reforma Psiquiátrica que visa superar a lógica da assistência pautada no controle dos sintomas em direção à lógica da produção de saúde. Utilizando para isso conceitos basaglianos, onde o compromisso ético caminha junto do projeto de realizar uma utopia, sendo esta o seu maior impulso. Utopia como ação prática para poder tentar transformar a realidade, tendo também a clareza de que a negação do manicômio como lugar de violência não se realiza única e exclusivamente no sonho e nas ideias (Nicácio et al., 1990). Assim como Basaglia, Paulo Freire retoma também o conceito de utopia quando pensa uma nova forma de instituir o processo educacional, e se utiliza deste conceito, como uma função propulsora que faz “o homem caminhar para frente” na construção da sua história. A utopia serviria, então, de nutriente para a esperança que trabalha com o entendimento do inacabado. O homem tende a buscar porque não está completamente “acabado”, por ser “inconcluso”, podendo e devendo modificar a realidade instituída (Freire, 1976).

A proposta do NAPS é de funcionamento integral, isto é, de funcionamento 24 horas, 7 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a existência de seis leitos. Apesar de nas portarias subsequentes ter sido igualado à terminologia CAPS, algumas diferenças conceituais e de ordem prática devem ser ressaltadas. Os NAPS propõem desde o início algo realmente substitutivo, inclui o atendimento às crises e o acolhimento noturno como estratégicos. Nesse sentido, entretanto, as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde que instituíram e regulamentaram a estrutura dos novos serviços em saúde mental tenderam a produzir uma homogeneização das experiências originais, uma vez que as pioneiras, porém distintas, experiências do CAPS e do NAPS, são consideradas sinônimas em tais portarias. Esta homogeneização gerou algumas perdas na pluralidade dos serviços, tão importantes nas estratégias desinstitucionalização (Amarante, 1995).

O objetivo de ambos os serviços é de um rompimento radical com determinados paradigmas, produzindo estruturas ou recursos que efetivamente não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo manicomial. Modelo este, que trás consigo a noção de doença mental como sinônimo de “desrazão” e “desvalor”, que fundou o manicômio como lugar de cura pela exclusão, almejando um trabalho ortopédico de normalização. (Amarante, 1998).

Até 1991 as internações psiquiátricas consumiam a maior parte das verbas de internações do SUS. Os leitos para portadores de transtornos mentais ocupavam 20% da capacidade hospitalar instalada no país, só perdendo para internações em clínica médica. A taxa de reinternação dos pacientes era de 70%, portanto, altíssima (Brasil, 2008). Entretanto, este cenário tem se modificado consideravelmente, com a expansão da rede substitutiva nas duas últimas décadas. Podemos então assistir à abertura de um número significativo de novos serviços. Entre eles, os CAPS, que chegaram a atingir o número de 2209 em 2014. Em dezembro deste ano, o Brasil contava com 116 municípios-sede de hospitais psiquiátricos e 1.488 municípios com CAPS em seus territórios, o que evidencia a capilaridade destes últimos, bem como a realização concreta da transformação do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o modelo de atenção psicossocial, de base comunitária (Brasil, 2008).

A atual experiência vem demonstrar que um dos maiores desafios dos CAPS hoje, se situa na sua articulação com outros serviços e setores (Onocko Campos et al., 2009). Este serviço deve ser um lugar de referência e acolhida, onde os usuários consigam localizar uma organização que possibilite a sustentação de sua existência pessoal, e que recebam de forma consistente auxílio na criação de novas formas de estar na sociedade (Ribeiro, 2005). Ao substituir o manicômio, devemos estar atento para não repetir o mesmo funcionamento destes, desviando de posicionamentos tuteladores, normatizantes e normalizadores (Dias, 2011). Também aqui, podemos nos encontrar com a noção de Paulo Freire de produção de autonomia que se contrapõem a tendência dos aparatos educacionais de controlar o pensar e a ação. Tal controle acaba levando os homens a ajustar-se a realidade instituída, inibindo o poder de criar e de atuar, criando obstáculos na produção de sujeitos que tem poder de ação e de opção no mundo (Freire, 1996). Vale lembrar que a educação e o cuidado como prática libertadora só é possível exercitando nas pessoas a autonomia e se contrapondo a posições autoritárias que tiram do outro a responsabilidade e capacidade de poder construir alternativas para si. Tanto o professor quanto os profissionais de saúde não deixam de ocupar um lugar na organização do processo de ensino e de cuidado, não devendo confundir esta posição de produção de autonomia como desassistência ou libertinagem mas sim de empréstimo ao outro no intuito de produzir com estas alternativas que realmente os fortaleçam.

Paulo Freire e a Reforma Psiquiátrica - Continuando o Diálogo

No momento atual do contexto da Reforma Psiquiátrica, alguns desafios se fazem ainda presentes. Um desses desafios é o de que incorremos num risco elevado de realizarmos uma reforma que se restrinja a desospitalização como norteadora das práticas e das políticas, enquanto que modificação mais profunda precisam ocorrer para que realmente se estruture um processo de desinstitucionalização destas pessoas. Este processo diz respeito ao formato das ações e ao lugar em que a sociedade e os operadores do cuidado dão para a relação que se estabelece com as pessoas em sofrimento psíquico. É preciso que fiquemos atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou uma pseudodesinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, produzindo uma prática pouco atenta as práticas manicomiais que podem estar presentes dentro dos diferentes serviços de saúde.

É nesse sentido que conduziremos a discussão sobre a reorientação da atenção em saúde mental ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência. Recorreremos então, a concepção de humanismo tomando como referência Paulo Freire (1998), que diz o seguinte: “o humanismo é um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais” (p. 22). Essa concepção afasta-se radicalmente de qualquer perspectiva assistencialista que retire os sujeitos da centralidade das ações.

A partir deste compromisso, fica claro mais uma vez um elo importante entre os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e a proposta pedagógica de Paulo Freire, onde sempre se fez presente um viés político libertador, desejoso de formar cidadãos críticos, reflexivos, libertos de amarras dogmáticas. Tal proposta, centraliza as ações na edificação de pessoas possuidoras de dignidade e serviu como plano de orientação para uma direção ética inserida como ferramenta da educação, que tomaremos de empréstimo para analisar algumas ações práticas do cotidiano do trabalho na saúde mental.

Desta forma, faremos uma discussão acerca de como produzir e sustentar um cuidado que se dê em liberdade e que ao mesmo tempo possa ser libertador. Discutir o cuidado em liberdade, esta diretamente ligado à noção de esperança e de autoridade opressiva (Freire, 2014). O maior desafio no cuidado em Saúde Mental é intermediar uma relação desigual de forças, onde os usuários se encontram em situação de desvantagem histórica. Para tanto, os trabalhadores e demais agentes inseridos na assistência precisam criar possibilidades de fomentar com esperança, ousadia e criatividade respostas terapêuticas, que não retirem as pessoas de uma posição ativa diante suas vidas. Sabemos que até então, as respostas para as demandas desta clientela sempre se davam no sentido oposto, onde os usuários eram tutorados e desrespeitados na sua individualidade sobre o pretexto de uma certa proteção social.

Se o sofrimento psíquico por si só, já é significativamente aprisionante, precisamos estar atentos para que nossas práticas não ratifiquem e colaborem com mais aprisionamentos. Esta afirmação nada tem a ver com a negação da doença, mas sim na utilização desta, como justificativa para subjugar e diminuir o poder de contratualidade dos sujeitos que sofrem. Isto não é possível se não estivermos atentos para identificar, em nossas pequenas ações, formas de dignificar as pessoas em seu meio, na maioria das vezes estando dispostos a emprestar poder de contratualização a estes sujeitos, intermediando esta relação desigual entre os usuários e a sociedade, bem como sustentando uma aposta terapêutica cujo norteador seja a produção de autonomia. O acompanhamento nessa tarefa dentro e fora dos serviços deve ser uma das principais responsabilidades do coletivo de trabalhadores, envolvidos na tarefa de resgate psicossocial que nos é dada quando nos comprometemos a trabalhar em um serviço substitutivo.

Entretanto para que tal tarefa se concretize, é fundamental um engajamento pessoal de todos os envolvidos nesse processo, engajamento que só é possível se existir, nos trabalhadores, capacidade de produção de esperança para ser o operador dessa mudança. Nesse sentido, não pode haver espaço para posturas derrotistas onde assumimos uma posição de cúmplices de um fatalismo instituído dentro dos serviços. Por tanto, os atores envolvidos com o movimento da reforma psiquiátrica precisam estar cientes de que tão importante quanto avanços concretos no número de dispositivos abertos, é conseguir manter vivo nos

trabalhadores este envolvimento, que passa por um compromisso ético e político com a modificação de uma prática automatizada, reducionista e objetificante. Reforçando, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, que não há somente uma maneira de ser humano e nem somente um caminho a percorrer na operacionalização do cuidado em liberdade.

Paulo Freire entende a esperança como ingrediente fundamental para o desenvolvimento da vida em sociedade. De acordo com ele, a esperança tem uma dimensão política muito forte, pois implica compreender criticamente a realidade para transformá-la. Para Freire, é na liberdade da vida em comunidade que a esperança se torna viável e a mudança, possível. A esperança é a força que ajuda a semear a beleza, ou a “boniteza” na vida, como Paulo Freire costumava dizer. Esperança não se confunde com alienação, com ilusão dos sentidos, mas tem um ingrediente de utopia e de sonho que motiva a caminhada humana. Esperança também não se confunde com mecanicismo histórico, com fatalismo; está muito mais para leitura de mundo e significação da história e do futuro. Ter esperança é poder enxergar a novidade como possibilidade para este mundo (Freire, 2001).

Outro conceito importante que retomaremos é o de Liberdade, que aqui não diz exclusivamente respeito ao serviço ser aberto ou fechado, mas sim à noção do exercício da libertação das práticas de cuidado, diretamente ligado à relação que se estabelece entre as pessoas. A produção do cuidado nesta dimensão diz respeito ao desenvolvimento inclusive de aparatos técnicos que possibilitem o encontro com o outro (Merhy, Feuerwerk, & Gomes, 2010), uma vez que apenas estando suficientemente envolvidos na relação de cuidado com o usuário é que poder-se-á produzir com ele, novas formas de estar no mundo (Freire, 1987). Desta forma, os serviços se distanciam da possibilidade de incorrerem em práticas autoritárias, tão facilmente evidenciadas em posturas profissionais meramente prescritivas. Tomando novamente Paulo Freire, que muito discutiu sobre posturas autoritárias na relação entre educadores e alunos, ressaltamos que neste contexto da assistência bem como no acima citado, combater o autoritarismo na prática do cotidiano dos serviços, não é igual a retirar a identidade profissional dos técnicos, onde por vezes alguma autoridade pode sim ser positiva, tanto nas relações de cuidado como na organização das estratégias de ação. Entretanto, a mediação entre profissional e usuário precisa necessariamente ser democrática e generosa, desde às pequenas ações dentro dos serviços, até a execução de procedimentos de maior complexidade, afim de que se possa entender e respeitar situações de sofrimento, de modo que tanto profissional quanto o usuário se reconheçam, na oportunidade do encontro clínico, como protagonistas de ações cujas competências podem ser específicas, mas que, sobretudo, promovam a emancipação, dando novo sentido à vida.

Ainda nesse contexto, a concepção bancária de educação discutida por Freire, nos remete a posições distantes e prescritivas também muito comum nas práticas em saúde, onde os usuários, assim como os educandos, assumem diante dos profissionais uma posição passiva, depositaria de orientações prescritivas que pouco dialogam com a realidade de suas vidas. Remetendo-nos ao educador que detém a palavra, a posição dos técnicos na saúde nem sempre se distancia deste mesmo lugar, reiterando no campo da assistência uma posição desnivelada com os usuários, de quem é cobrada docilidade e subserviência diante do saber em saúde (Freire, 1987).

Desconsiderando o conhecimento dos sujeitos que sofrem e os retirando da possibilidade de dizer sobre como podem ou desejam modificar situações em suas vidas, que envolvam

seu adoecimento físico ou o sofrimento psíquico, fazemos da nossa prática de cuidado algo semelhante a uma posição da qual Paulo Freire muito discutiu, onde a educação passava a ser “puro treino, pura transferência de conteúdo, quase adestramento, puro exercício de adaptação ao mundo” (Freire 2000, p. 101). Desta forma, não produzindo nem estimulando a autonomia e a liberdade, que deveriam ser princípios norteadores na produção de saúde. Na produção desta clínica libertadora, devemos lembrar que assim como na pedagogia, precisamos construir essa forma de produzir saúde e cuidado com os usuários e não para os usuários (Freire, 1987).

Encontrar estratégias para que isso ocorra implica em assumir riscos nessas tentativas, construindo, nas diferenças, possibilidades. Em Pedagogia da Esperança, Paulo Freire traça a relação direta entre a capacidade de estar verdadeiramente implicado nas relações de trabalho, com a possibilidade de encontrar alternativas ao sistema de opressão que se dá nas relações cotidianas. Estendendo essa noção para o cuidado em saúde, concluímos que é na relação que se encontra a diferença, entre produzir cuidado ou ratificar a exclusão opressiva. A responsabilidade pelo cuidado deve estar claramente colocada dentro dos serviços, tendo inclusive estratégias de operacionalização do trabalho institucionalizadas, que possibilitem que isto ocorra. Lembrando que há sim, politicidade nas nossas práticas, pois esta passa a ser uma decisão comprometida que escolhe trabalhar de forma libertadora logo não se isenta (Freire, 2014).

Por fim, falar de Reforma psiquiátrica implica em falar diretamente do engajamento individual do coletivo dos trabalhadores, das relações instituídas, do empréstimo de poder contratual, do exercício da empatia, da esperança transformadora que precisa estar viva nos serviços e nos usuários. Desta forma, trazer esta discussão para dentro dos serviços substitutivos é de fundamental importância para que não incorramos no risco de expandimos serviços esvaziados, colocando para fora dos hospitais psiquiátricos, usuários sem liberdade.

Referências

- Amarante, P. (1995). New subjects; new rights: The debate about the psychiatric in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- AMARANTE, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, 17(2), 243-250.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Brasília.
- Delgado, P. G. G. (Org.). (2007). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

- Dias, M. K. (2011). A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2155-2164.
- Freire, P. (1976). *Ação cultural para a libertação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (1998). *Política e pedagogia*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Freire, P. (2000). *Pedagogia da indignação: Cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP.
- Freire, P. (2001). *Pedagogia da libertação*. São Paulo: Villa das Letras.
- Freire, P. (2014). *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire-Costa, J. (1987). Consciência da doença como consciência do sintoma: A “doença dos nervos” e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS*, 1, 4-44.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795.
- Goulart, M. S. B. (1992). *Ambulatórios de saúde mental em questão: Desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas*. (Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais).
- Goulart, M. S. B. (1993). Equipe de saúde mental: A Torre de Babel da saúde pública. *Cadernos de Psicologia*, 1(2), 49-56.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: A reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1), 1-19.
- Machado, R., Loureno, A. L. R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: Medicinasocial e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L., & Gomes, M. P. C. (2010). Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In T. B. Franco (Org.), *Semiótica, afecção & cuidado em saúde* (pp. 60-75). São Paulo: Hucitec.
- Nicácio, M. F. de S. et al. (1990). *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental*. O Núcleo de Atenção Psicossocial. Santos, mimeo.
- Oliveira, J.A. A., & Teixeira, S. M. F. (1985). *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Onocko Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. N., Miranda, L., & Gama, C. E. P. (2009). Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 16-22.
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: Alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 16(4), 35-56.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri D., & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Recebido: 06/12/2016

Última revisão: 29/03/2017

Aceite final: 03/04/2017

Sobre as autoras:

Ana Carolina Ametlla Guimarães: Psiquiatra, Coordenadora de Saúde Mental do Município de Campo Grande, MS. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **E-mail:** carolametlla@hotmail.com

André Barciela Veras: Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). **E-mail:** barcielaveras@hotmail.com

Alessandro Diogo de Carli: Professor Doutor da disciplina de Saúde Coletiva, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Coordenador do Programa de Pós-graduação stricto sensu em Saúde da Família da UFMS. **E-mail:** alessandrodecarli@hotmail.com