



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Leandro Alberto Pinto dos Santos

**Concepções de família subjacentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira:  
percorrendo o labirinto do protagonismo dos familiares**

Rio de Janeiro

2016

Leandro Alberto Pinto dos Santos

**Concepções de família subjacentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira: percorrendo o labirinto do Protagonismo dos familiares**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

S237 Santos, Leandro Alberto Pinto dos.  
Concepções de família subjacentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira:  
percorrendo o labirinto do protagonismo dos familiares / Leandro Alberto  
Pinto dos Santos. – 2016.  
133 f.

Orientador: André Luís de Oliveira Mendonça

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde mental – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Brasil -  
Teses. 3. Família – Teses. I. Mendonça, André Luis de Oliveira. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.  
Título.

CDU 616.89(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Leandro Alberto Pinto dos Santos

**Concepções de família subjacentes a Reforma Psiquiátrica Brasileira: percorrendo o labirinto do protagonismo dos familiares**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 31 de maio de 2016.

Orientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

## **DEDICATÓRIA**

À população de Duque de Caxias em especial aos usuários e familiares do CAPS Leslie Sanford Chavin dos quais com orgulho sou servidor público e que são os verdadeiros donos dos recursos que me proporcionaram condições financeiras para cursar o mestrado estando de licença.

## AGRADECIMENTOS

A meu irmão e mestre Paulo Roberto Mattos, da Silva exemplo de intensidade e dedicação e implicação ética face as questões cruciais para cada sujeito que atendemos de quem primeiro e continuamente recebi o incentivo para ingressar no mestrado;

A minha companheira de vida, Vanice da Silva Pereira do Santos , pela paciência amparo nos momentos mais difíceis de minha caminhada;

Aos meus filhos lutadores João Cândido e Dandara que pelo amor tornam possível arica experiência de viver na carne o que escrevo trilhando o caminho de cuidador ferido.

A meu pai, Helio dos Santos quem primeiro aresentou a satisfação pelo conhecimento aliado às lutas sociais por justiça.

A minha mãe Odinea exemplo de força e amor exercida com intensidade no cotidiano;

A tia Dada e tia Odyrce, sempre de prontidão para apoiar e socorrer em todos os momentos de minha trajetória.

A minhas irmãs Carmen Letícia e Heloísa pela torcida.

A minha irmã Anna Paula pela presença e apoio e atenção ao meu filho mais velho em várias ocasiões nas quais eu e minha esposa nos vimos com limitações para fazê-lo.

A Roseni Pinheiro, pelo esforço de me acompanhar na trajetória deste mestrado e pelo cuidado de me proporcionar nesta viagem, a companhia de André Mendonça, a quem também agradeço por ser a um só tempo: companheiro e mestre que torna possível a superação da insegurança pela inspiração, que ensina em ato que humildade e sensibilidade também é poder.

A Rossano Cabral, com quem nos últimos anos venho tendo a oportunidade de encontrar de forma enriquecedora em pontos decisivos de minha trajetória.

A Eduardo Mourão Vasconcelos, pela inspiração, a colaboração e acolhimento durante a elaboração deste trabalho.

Aos colegas do CAPS Leslie que, no período de minha licença e para este mestrado permaneceram firmes sustentando com dedicação o trabalho de cuidado aos usuários e familiares.

A Nilzete Ribeiro Costa, pelo apoio para que as condições para realização deste mestrado se concretizassem.

Aos irmãos que a vida me fez encontrar na UTI Neonatal da Casa de Saúde São José, para compartilhar a solidariedade da luta pela vida.

Aos profissionais que cuidando dos meus filhos no cotidiano de cuidado e conquistas me possibilitaram viver o valor do acolhimento à família.

A comunidade da UERJ que, resistindo todos os dias tornou possíveis as condições para conclusão deste mestrado.

A Maria Silvia Garcia Hanna, que me ajuda a caminhar na direção do meu desejo. Caminhada, na qual além do esforço de cada passo a ser dado, tenho que carregar meu próprio peso.

No momento em que nossa ação prática é acompanhada e julgada pelo público, que está diretamente envolvido nela, vemo-nos diante de uma opção fundamental: ou bem enfatizamos nosso método de trabalho, que, através de uma primeira fase destrutiva, teve como resultado a construção de uma nova realidade institucional e propomos esse modelo como um modo de resolver o problema das instituições psiquiátricas, ou propomos a negação como única modalidade atualmente possível no interior de um sistema político-econômico que absorve em si todas as novas afirmações utilizando-as como instrumentos para a própria consolidação.

*Franco Basaglia*



## RESUMO

SANTOS, Leandro Alberto Pinto dos. **Concepções de família subjacentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira**: percorrendo o labirinto do protagonismo dos familiares. 2016. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O presente trabalho tem por objetivo analisar a concepção de família que orienta o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo atenção a direção da atual política pública de Saúde Mental de prestar assistência à família e convocar os familiares de portadores de transtornos mentais ao exercício de protagonismo. O caminho escolhido para articulação dos elementos abordados neste trabalho foi a construção ensaística que reúne diferentes contribuições da literatura, referentes à relação entre Estado, família, política pública de modo a contextualizar o desenvolvimento da abordagem às famílias de portadores de transtornos mentais no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste sentido foi feito um percurso através de produções do Direito, visando abordar indicadores da produção e tensões presentes na sociedade acerca da concepção de família e suas atribuições. Nesta direção também é apreciada a forma pela qual as funções da família e seus direitos são formalmente normatizados pelo Estado. Também visando analisar a compreensão presente, no Estado Brasileiro, da função da família na assistência a seus membros, o trabalho aborda as diferentes concepções de desenvolvimento de políticas públicas que se desdobram em diferentes formas de distribuir atribuições de ações de manutenção e desenvolvimento da vida entre Estado, família e comunidade. A abordagem da relação entre Estado e família permanece presente na análise do percurso da relação entre o campo da saúde mental e família com enfoque dos elementos presentes no desenvolvimento da psiquiatria e sua atuação visando a ordenação social pelo Estado. Segue-se problematizando os papéis atribuídos à família e à relação desta com os profissionais, tanto na vigência do modelo asilar e higienista como na vigência do modelo de atenção psicossocial decorrente da institucionalização da reforma psiquiátrica. Ressalta-se que, apesar da mudança de modelo assistencial no qual a tarefa de cuidado ao portador de transtornos mentais, antes concentrada no manicômio e atualmente partilhada com a família e os serviços substitutivos, permanece, na dinâmica de articulação entre serviços de saúde mental, equipes e família, a prevalência do direcionamento definido pelos profissionais. Esta caracterização do exercício de direção é observada no percurso do movimento da luta antimanicomial brasileira. Neste contexto, o trabalho analisa o convite feito às famílias, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, para o exercício de protagonismo, desde a construção do cuidado ao portador de transtornos mentais, à participação no movimento da luta antimanicomial e nos espaços de deliberação sobre a política de saúde mental. São apreciados os dispositivos e táticas de promoção de empoderamento e protagonismo propostos por gestores, profissionais e pesquisadores do campo. O trabalho aponta que a condição de protagonismo não se reduz ao envolvimento de familiares nos dispositivos propostos, mas que deve ser verificada nas formas pelas quais os sujeitos se apropriam destes no cotidiano.

Palavra-chave: Reforma psiquiátrica. Família. Protagonismo. Empoderamento.

## ABSTRACT

SANTOS, Leandro Alberto Pinto dos, **Conceptions of the family underlying Brazilian Psychiatric Reform: walking through the maze of the role of family.** 2016. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This study aims to analyze the concept of family that guides the development of the Brazilian Psychiatric Reform, observing the direction of the current public policy of Mental Health to provide assistance to the family and call the relatives of people with mental disorders to the role of protagonists. The path chosen for the articulation of the elements discussed in this work it was the essayistic construction that brings together different contributions of the literature on the relationship involving state, family and public policy in order to contextualize the development of the approach to families of people with mental disorders under the Brazilian Psychiatric Reform. In this sense it was made a journey through law productions which aimed at addressing indicators of production and tensions present in society about the concept of family and its duties. In this direction it is also appreciated the way the family functions and their rights are formally standardized by the state. Also aiming to analyze this understanding in the Brazilian state of family function in assisting its members this work addresses the different public policy development ideas that unfold in different ways to distribute assignments maintenance actions and development of life involving state, family and community. The approach of the relationship between state and family remains present in the analysis of the course of the relationship between the mental health field and the family focusing on the elements in the development of Psychiatry and its activities aimed at social order by the state. The following is questioning the roles attributed to the family and the relationship with these professionals both in term of asylum and hygienist model as under the psychosocial care model resulting from the institutionalization of psychiatric reform. It points out that despite the change of care model in which the care task to people with mental disorders before concentrated in the asylum and now shared with family and substitutive services, remains, in the dynamic link between mental health services, teams and family, the prevalence of the direction defined by professionals. This characterization of direction exercise is observed in the course of the movement of the Brazilian anti-asylum struggle. In this context, the paper analyzes the invitation to families under the Psychiatric Reform to the role of protagonism exercise since the construction of care for patients with mental disorders to participate in the movement of anti-asylum fight and in spaces for deliberation on mental health policy. Devices and empowerment promotion tactics and leadership are appreciated proposed by managers, professionals and researchers in this field. The paper points out that the condition of protagonism is not limited to the involvement of family members in the proposed devices, but should be checked in the ways in which individuals take ownership of these in everyday life.

Keywords: Psychiatric reform. Family. Protagonism. Empowerment.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	19
1.1	<b>Noção de família no âmbito da legislação</b> .....	19
1.2	<b>Partilha de Cuidado x centralização da responsabilidade sobre a família</b> .....	24
1.2.1	<u>A Perspectiva Familista: entre a centralidade e culpabilização de família</u> .....	26
1.2.2	<u>A Perspectiva Protetiva: proteção e promoção da vida partilhada com o Poder Público</u> .....	31
1.2.3	<u>Diretrizes do processo de trabalho na perspectiva protetiva</u> .....	34
1.3	<b>O Processo de Trabalho na perspectiva familista e suas repercussões no cenário atual das políticas públicas</b> .....	35
2	<b>FAMÍLIA, ESTADO E SAÚDE MENTAL: trajetória de tensões</b> .....	40
2.1	<b>Saúde Mental percorrendo o território do Estado: um caminho de deslocamentos e permanências</b> .....	40
2.2	<b>Primeiros passos da Luta antimanicomial no Brasil: a família como um detalhe despercebido no caminho entre o manicômio e o cuidado no território</b> .....	45
2.3	<b>Família na Luta Antimanicomial: um convidado inevitável na última hora</b> .....	49
3	<b>PROTAGONISMO DE FAMILIARES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL</b> .....	62
3.1	<b>.Concepções de protagonismo e empoderamento</b> .....	64
3.1.1	<u>O pensamento Liberal individualista; e a tradição dos direitos humanos</u> . .....	67
3.1.2	<u>Lutas por direitos de cidadania</u> .....	71
3.2	<b>Protagonismo e empoderamento no desenvolvimento da Reforma Sanitária</b> .....	74
3.2.1	<u>O conceito de saúde desenvolvido no âmbito do movimento da Reforma Sanitária e o contexto político</u> .....	75
3.3	<b>Empoderamento e protagonismo familiar na abordagem de Eduardo</b>	

	<b>Mourão Vasconcelos.....</b>	82
3.4.	<b>Expressões e Iniciativas de Promoção de protagonismo das Famílias.....</b>	92
3.4.1	<u>Exercício de protagonismo no âmbito de Conferências de Saúde Mental .....</u>	92
3.4.2	<u>Iniciativas de empoderamento e promoção de protagonismo em outros dispositivos institucionais .....</u>	93
3.4.3	<u>Sobre programas desenvolvidos por militantes da Luta antimanicomial no âmbito da academia .....</u>	95
3.4.3.1	Projeto Transversões – Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais ...	95
3.4.3.2	Famíliares Parceiros do Cuidado: Estudo sobre os efeitos de uma intervenção baseada em orientação e suporte social, com familiares de pacientes com transtornos mentais severos no SUS.....	98
3.4.3.3	Uma experiência de posicionamento e autônomo no interior do Movimento da Luta Anti-manicomial .....	101
3.5	<b>Promoção de Protagonismo da família na Reforma Psiquiátrica: o fino equilíbrio entre emancipação e subordinação ativa.....</b>	104
3.5.1	<u>Proposições de Participação e exercício de protagonismo: prescrição de conduta ou instrumentos de emancipação.....</u>	107
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	109
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	116
	<b>ANEXO A</b> -Transcrição de artigos do Capítulo VII da Constituição Federal Brasileira.....	121
	<b>ANEXO B</b> -Transcrição de artigos do Código Civil Brasileiro referentes às relações familiares de parentesco e alimentos.....	123
	<b>ANEXO C</b> – Transcrições de artigos do Código Penal referentes a punição por abandono ou crimes referentes a não prestação de assistência familiar.....	124
	<b>ANEXO D</b> – Estatuto da Criança e do Adolescente .....	126
	<b>ANEXO E</b> - Transcrições doEstatuto do Idoso.....	127
	<b>ANEXO F</b> - Seleção de Transcrições do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental com itens referentes a familiares de usuários.....	128

<b>ANEXO G</b> - <i>Transcrições da Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000</i>	132
<b>ANEXO H</b> - Transcrições de artigos da Portaria nº 3.088, de 23 DE Dezembro de 2011.....	133

## INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como fonte de estímulo meu percurso profissional como psicólogo por serviços de saúde mental desde o início dos anos 2000, em que se destaca minha atuação no Centro de Atenção Psicossocial Leslie Sanford Chavin, destinado ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes, em Duque de Caxias, cidade da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, a partir de 2002 (ano em que este serviço foi criado).

O período em que começo o trabalho no primeiro CAPS II<sup>1</sup> da cidade de Duque de Caxias, tendo, entre outras atribuições, a coordenação partilhada de um grupo quinzenal de familiares, trata-se justamente do momento de novo impulso ao desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública<sup>2</sup>. Esta fase na qual ingresso organicamente no campo da Reforma Psiquiátrica tem como marca a ampliação da rede de serviços substitutivos, acompanhada da redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, correspondendo a uma segunda etapa em que se intensifica a institucionalização do movimento reformista enquanto política de Estado após a promulgação da Lei 10.216<sup>3</sup>, em 2001.

Em que pese a afinidade com os princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica com os quais tomei contato primeiramente durante a minha graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense, incluo-me na geração de trabalhadores de saúde mental que tomam parte do processo da reforma psiquiátrica já como servidores públicos admitidos por uma estrutura estatal, visando prestar assistência ao público a ser recebido nos serviços substitutivos de saúde mental do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto, é no percurso da assistência no campo da Reforma Psiquiátrica que se dá a etapa

---

<sup>1</sup> 1-CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial, destinado a adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes.

<sup>2</sup> – Na periodização do Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira proposta por Vasconcelos (2008) o primeiro período de incremento da institucionalização do processo reformista estria compreendido entre os anos de (1992-1995) que destaca dentre outros marcos o avanço no processo de desospitalização e a edição de portarias no âmbito federal ,normatizando o funcionamento dos serviços de saúde mental, entre os quais os serviços substitutivos;

<sup>3</sup> A lei 10216 de 6 de abril de 2001 regulamentou as internações psiquiátricas, assegurando os direitos dos portadores de transtornos mentais e definindo a priorização da assistência em saúde mental em serviços comunitários.

atual de minha formação e formulação de questões a partir das interpelações produzidas no encontro com seus atores e processos.

O processo da reforma psiquiátrica, impulsiona o desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial, tensiona a cultura e a organização social ao mesmo tempo em que é também tensionado e conformado por ela. A luta antimanicomial, mas, sobretudo, o *fazer* da Reforma Psiquiátrica, coloca em questão seus próprios idealizadores e a geração atual de gestores trabalhadores do campo, uma vez que formados em uma cultura de exclusão, relações de poder hierarquizada, de ascendência do saber acadêmico ou técnico sobre o campo de representações dos setores majoritários da população.

Justamente um dos pontos de incidência de tensão é a formação dos trabalhadores – pautadas por vezes pela restrição da atuação na especialidade de formação, pelo tecnicismo e pela centralização da condução da assistência, no interior das sedes dos serviços. Esta cultura cristalizada de produção de assistência é confrontada pela orientação de partilha do cuidado e de promoção das condições de vida com outros atores sociais, tendo o espaço comunitário, e não somente o serviço de saúde mental, como o campo de tratamento.

A sustentação da presença do psicótico no espaço comunitário, na perspectiva de promoção de sua existência e afirmação de direitos de cidadania, coloca aos profissionais para além de desafios técnicos ou metodológicos a dimensão política do trabalho. A promoção da presença da pessoa com transtorno mental na *polis* também implica a presença das equipes de saúde mental no território em interlocução com seus atores, por vezes marcada pela tensão condicionada pelo predomínio do estigma e da cultura de exclusão, direcionada aos segmentos sociais que não orientam sua conduta dentro dos parâmetros de normalidade estabelecida na sociedade. É neste ponto que o desenvolvimento do trabalho das equipes costuma esbarrar em limites e tensionamentos, seja pela restrição das atividades das equipes de saúde mental ao espaço dos serviços, seja devido a dificuldade de interlocução com os atores do território, entendido não só enquanto campo de relações em que esteja inserido o serviço, mas também, e principalmente, o usuário.

Índice significativo dos impasses vivenciados pelas equipes de saúde mental em suas ações no território são as dificuldades relatadas pelos profissionais, por vezes em tom queixoso, nas ações de abordagem aos familiares de usuários.

Foi a percepção da frequência com que, no meu cotidiano de trabalho no CAPS surgiam as queixas dos profissionais, de não participação da família nos cuidados ao paciente, de não cumprimento de acordos com a equipe referentes aos cuidados com o paciente, de

maus tratos, que me instigou a investigar o desencontro entre a direção de trabalho da equipe do CAPS e a dinâmica e organização dos usuários e seus familiares. Esta questão me conduziu à realização de uma pesquisa sobre as estratégias de abordagens a familiares de usuários desenvolvidas pela equipe do CAPS onde trabalho, em seu processo de formulação e execução, por ocasião de minha inserção no curso de Especialização em Saúde Mental promovido pelo Núcleo de Pesquisa em Política Pública em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Naquela pesquisa, realizada no mesmo espaço em que desenvolvo nos últimos 14 anos minha atividade profissional, também me confrontei com minha própria trajetória na assistência aos usuários e na abordagem aos seus familiares. Dentre as conclusões, foi constatado que a abordagem aos familiares destinava-se exclusivamente à mobilização da família para as ações e promoção de condições de cuidado ao usuário, não havendo visibilidade da assistência à família como parte do mandato da equipe em sua prática cotidiana. Mas, para além desta conclusão, foi também analisado que os profissionais, ao serem questionados sobre a estratégia de abordagem às famílias, referiam-se a procedimentos estanques e estandardizados, conforme a normatização de funcionamento de um CAPS. Observei que a equipe, face ao mesmo repertório de ações de abordagem aos familiares de usuários, oscilava entre a insistência e a desistência, sem que a forma de intervenção fosse reavaliada ou orientada por uma direção de trabalho que dialogasse com a dinâmica e a forma de organização de cada família.

Preliminarmente este trabalho considera a relevância, para o campo da Reforma Psiquiátrica, da diretriz do modelo de atenção psicossocial segundo a qual os dispositivos de saúde mental, ao romperem com o paradigma das instituições totais, assumem caráter comunitário e operam em integração com o território. A família passa então a figurar como ator relevante, por vezes assumindo a mediação entre o paciente e a comunidade. Observando-se também que inúmeros trabalhos vêm analisando a relação de profissionais e serviço de saúde mental com os familiares de usuários, faz-se pertinente uma pesquisa voltada à problematização dos conceitos de família no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Este estudo, tendo em consideração o papel destacado que a família é hora conduzida, em outros momentos convidada e, muitas vezes, convocada a ocupar no desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, será dedicado a analisar o prisma por meio do qual se atribui posição de protagonismo aos familiares como um componente relevante da conceituação de família no campo.

Conforme a referência feita no parágrafo anterior, há um acúmulo de produções



acadêmicas, muitas sobre experiências locais de inserção de familiares na Reforma psiquiátrica; além de dispositivos e projetos desenvolvidos no cotidiano dos serviços também ao lado de práticas e posições construídas no movimento social do campo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Existe, ainda que o possamos considerar incipientemente desenvolvido e visível, um conjunto de instrumentos e movimentos que ao mesmo tempo se voltam para a abordagem e inserção das famílias dos portadores de transtornos mentais que esboçam noções ou conceitos sobre o segmento de familiares no âmbito da saúde mental.

Acompanhando este movimento de conformação de um campo de práticas e saberes sobre família que não se encerra no âmbito da Saúde mental, mas é atravessado por processos do contexto social e histórico brasileiro, optei por tomar o ensaio como forma de caminhar através deste tema. Através da produção ensaística, longe da descoberta de algo que já esteja dado a respeito de família ou do campo da saúde mental e que estaria a espera de ser desvelado, pretende –se, seguindo o fluxo da vinculação entre o primeiro, o segundo e outros atores, construir a articulação de uma leitura possível justamente concebendo a interação das iniciativas já realizadas ou em realização. Compartilho, portanto, do posicionamento de Adorno exposto pelo próprio nos seguintes termos: “Em vez de alcançar algo cientificamente ou criar artisticamente alguma coisa, seus esforços [do ensaio] ainda espelham a disponibilidade de quem como uma criança, não tem vergonha de se entusiasmar com o que os outros já fizeram” (1994, p.16).

Ao escrever este trabalho me coloco na condição de co-autor, integrando um processo mais amplo de outras produções a respeito da temática família–protagonismo no campo da saúde mental, considerando também os fatores de abrangência mais ampla que atravessam a área temática em foco. Não se trata, portanto, de uma posição de um observador pretensamente distanciado face às questões colocadas. Para que esta condição de co-autoria pudesse tersido assumida na produção deste ensaio foi realizada uma revisão bibliográfica exploratória, associada à análise de documentos de produções impressas e disponíveis em arquivos digitais. A seleção e sistematização dos documentos e das fontes secundárias foram orientadas pela referência de temáticas que se articulam à questão central desta dissertação: o protagonismo dos familiares de pessoas com transtorno mental e a concepção de família, no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Reuni documentos, artigos e livros que contribuem para uma contextualização histórica e política do desenvolvimento da concepção de família e da relação entre esta entidade, o Estado e a Política Pública da Reforma Psiquiátrica.

É com a percepção de que sujeitos e processos em análise estão implicados com seu contexto histórico que este trabalho teve elaborado seu primeiro capítulo, “Concepções de Família no Contexto das Políticas Públicas: Centralidade da Família ou Universalidade dos direitos sociais.”. Nele analiso as referências às atribuições da família delineadas no âmbito institucional, tratadas em sua vinculação com o desenvolvimento cultural e os processos políticos e econômicos da sociedade. Deste modo, encaminhei a construção da primeira etapa deste trabalho buscando contextualizar a produção das formas de pensar e abordar a família no âmbito da Saúde Mental, entendendo que estas não deixam de ser atravessadas pela concepção de família em constante processo de formulação e reformulação na sociedade.

Comecei esta incursão dirigindo-me ao campo do Direito, que dada sua atribuição de ordenação das relações sociais, constitui-se em um dos campos para os quais confluem desdobramentos das referências e concepções produzidas na sociedade, sejam: aquelas ainda hegemônicas; as determinações cristalizadas que refletem valores em questionamento. Considera-se que podem ser encontrados na legislação importantes registros de legados de períodos históricos anteriores e, ao mesmo tempo, de movimentos recentes que pressionam por modificações. Neste sentido, é que brevemente apreciarei indicações de que apesar de se perceber uma incipiente flexibilização da concepção de família, no que tange sua composição, a definição da função de cuidado e proteção atribuída à família é inequívoca, sendo reiterada na Constituição, no Código Civil e no Código Penal.

Outra vertente de análise desenvolvida neste capítulo, também no âmbito institucional, enfoca a questão da partilha da atribuição de promoção e proteção das condições de vida entre Estado e Sociedade. Nesta etapa do trabalho coloco em análise as perspectivas Familista e Protetiva na abordagem das famílias através das políticas públicas. Ambas as vertentes correspondem a diferentes amplitudes de atuação do Estado no desenvolvimento de políticas públicas no campo da proteção social. Na apreciação destas tendências, estarão em discussão não só a atribuição das famílias, sua centralidade na sustentação da vida de seus membros como também as repercussões destas opções na formulação de concepção de família no âmbito da sociedade e dos serviços públicos. Tal análise não deixa de contextualizar estas escolhas no âmbito dos processos políticos e econômicos, nos quais são definidas as prioridades e as atribuições do Estado. Compreendo que a Reforma Psiquiátrica enquanto política pública não pode ser analisada fora deste contexto.

É no segundo capítulo, intitulado “Família, Estado e Saúde mental: trajetória de tensões,” que esta contextualização da relação entre atribuição da família através dos

posicionamentos e Políticas de Estado se aproxima do campo da saúde mental. Nele, colocamos em análise o papel dos familiares de pessoas com transtornos, à luz das diferentes definições do papel do poder público na abordagem às pessoas com transtorno mental. Neste momento do trabalho, abordamos, de forma breve, elementos do histórico da relação que se estabeleceu entre os atores atuantes na saúde mental e o Estado desde os primeiros passos da Psiquiatria, na Europa, até o momento em que se gesta a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi realizada uma apreciação das concepções de tratamento para a pessoa com transtorno mental assimiladas pelo Estado, em diferentes períodos históricos, e seus desdobramentos sobre a definição do lugar da família face ao seu membro com transtorno. Sendo analisadas as diretrizes dos modelos de assistência aos portadores de transtornos mentais, também será observada a caracterização da relação que os profissionais do campo da saúde mental, a partir de suas posições no âmbito do Estado, manterão com a sociedade e com as famílias. Na apreciação dos períodos de vigência, tanto do modelo asilar, de viés higienista e da atual reforma psiquiátrica, orientada pelo modelo de atenção psicossocial, observaremos mudanças e permanências na interação Estado, Saúde Mental, Família/Sociedade. Já no final deste capítulo, avaliando a relação do Estado com a sociedade através da política de saúde mental, inicio a análise da relação do Movimento da Luta Antimanicomial com as famílias das pessoas com transtornos mentais.

O terceiro capítulo mantém a orientação do primeiro e do segundo, de abordar os contextos dos processos políticos e sociais de maior abrangência, nos quais se inserem as questões referentes à família de pessoas com transtornos mentais. E, neste sentido, enfocará o desenvolvimento do conceito de protagonismo em associação com o de empoderamento enquanto processo passível de ser apropriado e orientado, segundo diferentes concepções políticas e sociais através diversos movimentos.

Referenciado na produção de Eduardo Mourão Vasconcelos, abordo o conceito de empoderamento articulado com as contribuições de diversas tradições de pensamento e contextos de lutas e conquistas sociais. Este tratamento ao tema está implicado com o objetivo de análise das condições de exercício de protagonismo e empoderamento. Com esta orientação, abordamos mais uma vez contextos que extrapolam e, ao mesmo tempo, atravessam os limites da Reforma Psiquiátrica, fazendo breves apreciações sobre o processo de construção do Estado de Direito no Brasil na década de 1980, o desenvolvimento da Reforma Sanitária e seus princípios que apontam para o exercício de protagonismo dos usuários. Este último processo foi tratado considerando sua estreita relação com as

possibilidades de construção da Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos, nesta última etapa do trabalho, a relevância das mediações necessárias para que familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental possam exercer direitos sociais, civis e políticos. Em função deste objetivo, mais uma vez, dialogamos com a proposição de Vasconcelos de dispositivos e estratégias de empoderamento.

Neste item da dissertação há uma breve exposição da diversidade destes dispositivos, que torna acessível a possibilidade a familiares e usuários, em diferentes fases de convivência com o sofrimento e de tratamento, assumirem posições de protagonismo. Destacamos, dentre os diversos instrumentos propostos, aqueles que possibilitam aos familiares e usuários assumirem a posição de autoria na produção do discurso a respeito de suas vivências. Ressaltamos a radicalidade desta experiência de familiares e usuários poderem produzir a própria narrativa sobre o sofrimento que lhes acomete em decorrência do transtorno mental de um dos membros da família.

O estudo que fundamenta esta dissertação, se constitui em um esforço de colocar em discussão a prevalência dos modelos explicativos das especialidades, ou daqueles vinculados às diretrizes da políticas públicas, em detrimento do sistema de representação daqueles que são assistidos nos serviços e suas famílias. Tal exercício de análise se impõe principalmente ao desenvolvimento de políticas, como a atual Reforma Psiquiátrica, que se orientam por objetivos como de superação de formas de exclusão e violação de direitos, em prol do acolhimento das singularidades de cada sujeito, seja no processo de cuidado *stricto sensu*, seja no espaço comunitário. O engajamento em trabalho de análise desta ordem, tem em vista que mesmo processos e dispositivos que visam propiciar vias de exercício de protagonismo sejam passíveis de apropriações que os convertam em labirintos nos quais as práticas realizadas em nome da emancipação de determinados segmentos se convertam em ações e instrumentos normativos em favor de situações de subordinação ativa.

# 1 CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: CENTRALIDADE DA FAMÍLIA OU UNIVERSALIDADE DOS DIREITOS SOCIAIS ?

## 1.1 Noção de família no âmbito da legislação

O estudo das concepções da família que orienta o desenvolvimento de políticas públicas nos conduz, ainda que brevemente, a abordar como a mesma é concebida no âmbito do mesmo Estado em que as ações de serviço público se desenvolvem. Ao fazermos tal incursão, atentamos para o fato de que a apreensão da formação da família e suas funções pelo arcabouço ou aparato legal expressam uma cristalização de uma produção social de um dado momento histórico, e que não necessariamente corresponde à totalidade, atualidade e variedade dos movimentos de estruturação e reestruturação das formações familiares.

Como assinala Sarti:

Embora a família continue sendo objeto de profundas idealizações, a realidade das mudanças em curso abalam de tal maneira o modelo idealizado que se torna difícil sustentar a idéia de um modelo “adequado”. Não se sabe mais de antemão, o que é adequado ou inadequado relativamente à família. No que se refere às relações conjugais, quem são os parceiros? Que família criam. Como delimitar a família se as relações entre pais e filhos cada vez menos se resumem ao núcleo conjugal? Como se dão as relações entre irmãos, filhos de casamentos, divórcios, recasamentos de casais em situações tão diferenciadas? Enfim, a família contemporânea comporta uma enorme elasticidade. (2003, p.25).

As diversas questões expostas acima na transcrição refletem movimentos que tencionam concepções e parâmetros pelos quais se tenta definir família e suas funções. Dada a amplitude deste campo de debate na atualidade, ainda que o trabalho fosse dedicado exclusivamente à discussão em torno da concepção de família em nossa sociedade, estou cômico de que não teria condição de esgotá-lo. Porém, é possível nos lançarmos na busca e articulação de elementos que subsidiem a análise das tensões em torno do tema, no sentido de contextualizarmos a discussão das concepções de família no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as condições a partir das quais se dão as possibilidades de exercício de protagonismo. Entendendo que o processo o Processo da Reforma Psiquiátrica e seus atores não estão isentos. e seus atores são atravessados pelas referências culturais (aqui também incluídos os elementos que organizam as relações sociais e econômicas) construídas na sociedade.

É nesta direção que tomaremos algumas das referências da legislação brasileira, na qual, ao mesmo tempo, se registram posições hegemônicas, cristalizações de concepções não mais predominantes e repercussões de tensionamentos de movimentos que questionam aspectos relacionados à constituição de família e suas funções. Em todo caso, trata-se de um

percurso escolhido em que busco contextualizar, no âmbito das tensões do desenvolvimento cultural da sociedade, a discussão sobre o conceito e atribuições delegadas à família. O recurso a legislações é feito aqui considerando sua indissociabilidade com a cultura.

O campo do Direito vê repercutido em seu âmbito as controvérsias e a polissemia do termo família na sociedade, de tal modo que não consolidou uma conceituação totalizante que comporte a pluralidade de noções e formações familiares. Neste sentido, Venosa faz a seguinte consideração:

O Código Civil não a define. Por outro lado, não existe identidade de conceitos para o Direito, para a Sociologia e para a Antropologia. Não bastasse ainda a flutuação de seu conceito, como todo fenômeno social, no tempo e no espaço, a extensão dessa compreensão difere nos diversos ramos do direito (2002,15).

São intensos e de expressiva visibilidade os debates na atualidade acerca da concepção de família, além dos novos arranjos; dentre os quais já reconhecidas legalmente famílias conduzidas por um dos pais até as formações nas quais se reúnem filhos de uniões anteriores dos membros dos pares do casal, passando por composições familiares a partir de casais homoafetivos. É ampla e relevante a discussão entorno da definição da família no que tange à sua composição, aspecto sobre o qual farei algumas observações, não sendo, no entanto, o enfoque a ser privilegiado no trabalho. A proposta nesta etapa é discutir as referências de concepção de família, dando destaque às funções que dela são esperadas e expressas pelo Estado, seja no âmbito da legislação como no das Políticas públicas (dentre as quais se situa a Reforma Psiquiátrica); consideradas as diferentes orientações de abordagem à família no âmbito das políticas públicas.

Tendo primeiramente por referência a abordagem da Constituição Federal de 1988 (ver texto no anexo A ), observamos que é expressiva a referência do casamento civil ou religioso na caracterização da constituição da família. Por outro lado, percebe-se que há uma flexibilização no conceito de família, ainda que não corresponda à amplitude dos possíveis arranjos em discussão ao se considerar entidade familiar as uniões estáveis e a família constituída por um dos pais e filhos.

No conjunto dos artigos do capítulo referente à família, tem-se como eixo orientador a função de cuidado recíproco entre descendentes e ascendentes, refletindo uma orientação da atribuição familiar, no que tange primeiramente à relação de cuidado e afeto dirigido às crianças. Esta modalidade de vínculo entre pais e filhos, começa a se delinear na cultura no período compreendido entre o término da Idade Média e o século XVIII, no qual a família ocidental moderna começa a se conformar e afirmar como referência hegemônica (Ariés,

2011 [1978]). Desta forma, reafirmo as atuais atribuições da família presentes nas normas e na legislação enquanto desdobramentos e registros do desenvolvimento histórico da família.

O que se percebe é que, independentemente das formações e articulações familiares previstas, de forma explícita ou indicadas na legislação, esta atribuição da função da família enquanto um espaço de laços diferenciados (em relação ao conjunto da sociedade) se desdobra na definição de que os membros devem assegurar o cuidado e a manutenção da vida do outro. Tal constatação nos reporta a Miotto, Campos e Carloto ao analisarem os sistemas de proteção social das sociedades capitalistas ocidentais:

Desde os seus primórdios até a atualidade têm sido organizados a partir da família nuclear burguesa, a saber pai provedor e a mãe dona de casa e cuidadora. Isto nos leva ao [...] destaque que é o de constatarmos que, apesar das famílias terem se distanciado do ideal burguês na sua conformação, ainda são mantidas as mesmas expectativas sobre seu papel e suas responsabilidades enquanto um grupo/ arranjo de proteção e cuidados dos indivíduos (2015, p. 8).

Nota-se inclusive a extensão do direito de ser cuidado pela família aos idosos nos artigos 229 e 230 da Constituição Federal; função essa caracterizada enquanto atribuição a ser compartilhada com o Estado a partir de ações vinculadas à sustentação e ao desenvolvimento da vida por meio de atividades vinculadas à promoção da saúde, educação, lazer, alimentação e de outras elencadas.

Na direção da ampliação do alcance dos direitos e obrigações recíprocas de prestar e receber cuidado entre os membros da família, para além da formação nuclear de pais e filhos, constata-se no Código Civil Brasileiro de 2002, o desenvolvimento articulado dos conceitos de:

- a) parentesco - que categoriza, ou melhor, distingue a natureza das relações familiares para além da relação entre pais e filhos, em gradações diferentes os vínculos familiares entre aqueles que têm em comum o mesmo ou os mesmos ancestrais, estando então incluídas as relações entre irmãos, entre avós e netos, tios e sobrinhos;
- b) alimento – entendido pelo Código Civil não somente como os nutrientes, ou insumos necessários a subsistência mas também, nos termos do artigo nº1920 do Código Civil: “o legado de alimentos abrange o sustento, a cura, o vestuário e a casa, enquanto o legatário viver, além da educação, se ele for menor.”(2008,p.387). Estabelece-se então uma correspondência entre a concepção de alimento e de uma noção mais ampliada de cuidado, ações necessárias à sustentação e ao desenvolvimento da vida.

Ambos os conceitos se articulam no que estabelece o Código Civil, através da determinação de que parentes devem fornecer alimentos àqueles parentes que apresentem dificuldades materiais, ou por motivos de doença ou deficiência de prover a própria subsistência, com obrigações recíprocas entre ascendentes e descendentes e entre irmãos (ver artigos do Código Civil no anexo B). Neste sentido o que se afirma além de uma noção ampliada de família é a atribuição para esta entidade da função obrigatória de sustentar a vida dos seus membros, sobretudo os que se encontram em condições de vulnerabilidade.

Neste ponto, cabe reiterar o que anteriormente foi exposto acerca da flexibilidade da noção de família, trazendo brevemente a análise da apropriação dos novos arranjos no âmbito das políticas públicas, mais especificamente no campo da política de assistência social. Ao discorrerem sobre as orientações da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004)<sup>4</sup> e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social<sup>5</sup> (NOB/SUAS/2005), Cronemberg e Teixeira (2014) consideram que ambos os documentos incorporam a inovação de considerar família composições que não se restrinjam aos laços conjugais e filiais, mas também, fraternos e afetivos. Desta forma, ao mesmo tempo que rompem com o modelo idealizado de família conservam, por outro lado, as expectativas e delegações de funções aos grupos familiares. Apontam as autoras ser esta uma contradição no desenvolvimento do trabalho social com a família. É, neste sentido, que a exemplo das autoras transcrevemos o seguinte trecho do documento da PNAS/2004, onde se diz :

Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado. (2005, p.35).

Em que pesem as polêmicas em torno da composição da família, que poderão variar em cada momento histórico, o que se percebe é que há sinalizações de existirem possibilidades de incorporação, dentro da categoria família de diversos arranjos. Ao mesmo tempo tal incorporação das diversas formações familiares implica o enquadramento no critério persistente de exercício das ações de cuidado e manutenção da vida.

---

<sup>4</sup>Aprovada em 15 de outubro de 2004 pelo Conselho Nacional de Assistência Social a partir de debates da versão preliminar do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Trata-se de documento que estabelece as diretrizes que articulam as ações dos serviços e programas que compõem o Sistema Único de Assistência Social nacionalmente.

<sup>5</sup>Aprovada por Conselho Nacional de Assistência Social em 15 de julho de 2005 a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social, define os eixos organizativos do Sistema Único de Assistência Social regulamentando atribuições e articulação entre a União, Estados e Municípios com vistas a operacionalização da gestão da Política Nacional de Assistência Social.



Em decorrência das atribuições da família até aqui elencadas, Venosa (2002, p.24) aponta que, através do direito de família, ocorre uma incidência da ordem pública na qual o Estado assume o papel de proteção (conforme estabelece o artigo 226 da Constituição Federal) visando estabelecer parâmetros para os vínculos entre os cônjuges, e entre pais e filhos, tendo em vista a manutenção da condição (ou encargo) da família de ser célula básica da sociedade em nome da manutenção do Estado e da Ordem Pública, de modo a se evitar preventivamente que este ceda lugar ao caos.

Diga-se que a proteção estatal, ao mesmo tempo que visa a garantia da preservação da família da possibilidade de sua supressão, também tem por objetivo evitar o intervencionismo estatal ostensivo na dinâmica cotidiana da família. Ainda que preservando certa autonomia das articulações entre os membros da família, a intervenção do Estado se dá, direta ou indiretamente, através do estabelecimento de parâmetros que induzam a família ao exercício de sua função de cuidado e mediação entre a ordem social e seus membros a serem iniciados ou reinseridos, na dinâmica da convivência no espaço exterior ao âmbito doméstico.

Outro elemento a ser destacado, para efeito do que aqui estamos abordando a respeito do conceito de família, é que o próprio fato de neste trabalho se estar fazendo referência à legislação se dá em virtude da pressuposição de que as relações familiares e as funções e posições de seus membros, uns para os outros, senão completamente determinadas, são atravessadas pela cultura e pelo que dela se consolidou pela ordenação do Estado.

A função ordenadora do Estado sobre a vida familiar é também afirmada, e incisivamente, no Código Penal Brasileiro em seu artigo 133 (vide anexo C), no qual está prevista a penalidade de seis meses a três anos para o abandono daqueles que estão sob guarda, vigilância, ou autoridade, e os incapazes de defender-se de danos resultantes do abandono. Desta forma a centralidade da família é, mais uma vez, afirmada pelo sistema legal brasileiro, ao se explicitar enfaticamente a obrigatoriedade da família de cuidar de seus membros. Neste sentido, o Código Penal é enfático ao determinar que a condição de ascendente, descendente, irmão ou irmã do sujeito vítima de abandono resulta em aumento de penalidade para o autor do abandono. O mesmo código reitera o enquadramento do abandono a familiar vulnerável nos artigos 244 e 246, os quais tipificam a natureza do abandono. Destes, destacamos o artigo 244, que descreve os mesmos segmentos aos quais não pode faltar suporte material, tipificado como abandono material.

Ainda os Estatutos do Idoso e o Estatuto da Criança e Adolescente reiteram a obrigatoriedade do exercício das funções de propiciar as condições de desenvolvimento e

manutenção da vida, sendo importante destacar que, no primeiro estatuto, seu artigo 3º, em seu inciso V, determina que o cuidado deve ser prioritariamente prestado pelos familiares. Em ambos os estatutos, os artigos que explicitam a obrigatoriedade da família de cuidar são seguidos de outros que vedam a negligência por não realização das ações pertinentes para efetivação do cuidado.<sup>6</sup>

Tais instrumentos legais reiteram a centralidade da família na função de sustentação da vida, ao mesmo tempo que estabelecem garantias de segurança aos membros vulneráveis dos grupos familiares, de modo a lhes resguardar condições básicas à sobrevivência e prevenção aos maus tratos, estabelecendo marcos legais para as relações intrafamiliares. Por outro lado, particularmente em contexto de afastamento do Estado das funções atinentes à garantia de direitos sociais, não deve ser descartada a possibilidade de apropriações destes dispositivos legais, visando à cristalização de uma cultura de culpabilização da família pela ausência ou inadequação do exercício da função de assistência ao familiar considerado vulnerável.

Neste sentido, as obrigações de uns membros em relação aos outros não apenas são regulamentadas legalmente, mas encontram lastro em parcela significativa da sociedade que, embora sustente a expectativa do exercício de ações de assistência pelo Estado (ver artigos 226 e 227 da Constituição Federal no anexo A). Em contrapartida a sociedade também incorpora como valor (naturalizado) a condição da família, enquanto sua base; com toda a carga que tal condição possa implicar, dependendo das diretrizes e prioridades que orientam o funcionamento das instituições estatais e dos governos.

Tais concepções, portanto, atravessam o conjunto da sociedade, não estando isentas as políticas públicas, os atores responsáveis por suas formulações e implementação, conforme analisaremos na etapa a seguir.

## **1.2 Partilha de Cuidado x centralização da responsabilidade sobre a família**

Ainda construindo a contextualização da questão que motiva este trabalho – a concepção de família subjacente à reforma psiquiátrica – em um movimento de maior aproximação de seu campo de desenvolvimento, faremos uma breve apreciação de variações na orientação da condução das políticas públicas. Serão analisadas as repercussões das orientações abordadas neste item, sobre as atribuições dirigidas à família em sua relação de

---

<sup>6</sup>Vide Anexos D e E.

partilha de ações de cuidado e proteção com o Estado. Enfocarei a variação da gradação de atribuição de responsabilidade entre poder público e família, conforme a perspectiva com que a política pública é exercida pelo Estado.

Em articulação com a etapa anterior deste primeiro capítulo, analisarei a abordagem das políticas públicas às famílias orientadas conforme as funções delegadas ao Estado, considerando o contexto histórico do desenvolvimento social, onde se inclui tanto o seu desenvolvimento material quanto o cultural.

Outro elemento caro a um trabalho como este, que, além da concepção, coloca em foco o protagonismo das famílias, é o caráter da relação proposta e estabelecida entre o Estado e a família por meio da formulação das políticas públicas e das ações de seus operadores.

Neste ponto, algumas questões devem ser abordadas articuladamente:

- a) a associação de família, em sua diversidade de arranjos à função de cuidado (que segundo a legislação é em determinados campos partilhada com o Estado com alguns focos privilegiados, tais como: crianças e idosos), por meio de políticas públicas: saúde, educação, e outras.;
- b) o quanto a concepção de família, enquanto um coletivo voltado ao cuidado partilhado, orienta as políticas públicas e a conduta dos profissionais que operam estas políticas, sobretudo nos encontros destes com as famílias envolvidas pelas ações destas políticas;
- c) a pertinência da apropriação da concepção acima mencionada em momento no qual o Estado se retrai, se retira ou passa a reduzir sua presença no exercício das funções referentes ao desenvolvimento de políticas públicas, de forma mais significativa a partir da década de 1990.

Sendo no contexto do capitalismo que o sistema de proteção do Estado Brasileiro se desenvolve, cabe - nos remetermo - nos a contribuições como a de Mioto, Campos e Carloto (2015). As autoras, reportando -se à produção de Chiara Saraceno, consideram que, apesar de haver acordo sobre a importância das políticas sociais para dar sustentação à vida familiar, tanto a concepção de família como também a proporção de responsabilidade que cabe à família e ao Estado, permanecem como temas que provocam debates, seja no âmbito acadêmico, seja nas arenas das lutas entre forças políticas: Neste sentido, dando mais um elemento que atribui maior visibilidade à complexidade do que está em jogo, consideram

ainda as autoras que: “As famílias não são homogêneas nem em recursos, nem em fases dos ciclos de vida, nem em modelos culturais e organizativos; também são influenciadas e interagem com o conjunto da legislação e das políticas sociais” (2015, p. 8).

A diversidade e a própria transitoriedade das condições das famílias apontam a diversidade de articulações de políticas e recursos a serem colocados à disposição de diferentes famílias em diferentes momentos de suas vidas. Isto nos remete a princípios como os de equidade e integralidade em um sistema de seguridade.

Precede a tal proposição de princípios, para um dado sistema de seguridade social, a apreciação de concepções em confronto nos campos referidos a formulação e execução das políticas sociais. Este debate envolverá concepções de família e sua relação com o Estado através das políticas públicas. Mioto (2015), orientada por esta noção, identificará duas tendências distintas de incorporação das famílias às políticas sócias: a perspectiva familista e a perspectiva protetiva.

### 1.2.1 A Perspectiva Familista: entre a centralidade e culpabilização de família

A perspectiva familista sustenta a posição de afirmação da centralidade da família nas ações de cuidado e proteção de seus membros. Nesta direção, a providência das ações e recursos visando ao cuidado e à proteção são primeiramente encargo da família, tendo o mercado como espaço de referência para fornecimento dos serviços e insumos necessários ao desenvolvimento da vida. Tal orientação se contextualiza em um modelo misto de sistema de bem-estar denominado *welfare mix*, composto pelo Estado, o mercado, a família e segmentos sociais dedicados ao voluntariado que “formariam uma cadeia de participações não hierárquicas, equivalentes e corresponsáveis, para, com recursos variados – específicos de cada um – enfrentar os “riscos” gerados pela nova ordem socioeconômica mundial” (PEREIRA, 2015:16). Segundo esta orientação, a ação do Estado só se deve dar diante da impossibilidade e extrema limitação da família para fazê-lo.

Carvalho (in Acosta e Vitale, 2003) embora afirme ser o Estado, juntamente com a família, uma instituição imprescindível, para o “funcionamento das sociedades capitalistas”, argumenta que para os “indivíduos” são necessários, além do consumo de bens, mercadorias, também os serviços que não podem ser obtidos pela via do mercado. A autora assinala que embora alguns dependam dos serviços públicos ofertados pelo Estado, ainda assim “outros bens e serviços” dependem da família, pela sua condição de provedora de afeto, socialização, apoio mútuo e proteção. Expressando um posicionamento que propicia a naturalização da

relação da família com a função de cuidado e proteção e, ao mesmo tempo, assimilam os papéis e repercussões sociais do Estado e das famílias, Carvalho diz que :

A primeira dimensão diz respeito ao fato de que o exercício vital das famílias é semelhante às funções das políticas sociais: ambas visam dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob sua tutela. Se nas comunidades tradicionais, a família se ocupava quase exclusivamente dessas funções, nas comunidades contemporâneas elas são compartilhadas com o Estado pela via das políticas públicas (2003, p. 267).

Em uma posição de interpelação à orientação socialdemocrata de oferta universal de bens e serviços na efetivação das políticas públicas nos países capitalistas centrais, desenvolvidas a partir do pós guerra até as décadas de 80 e 90 do Século XX, Carvalho (2003) defende que a família foi descartada em um movimento de substituição da mesma pelo Estado protetor, dos direitos em sua relação com o indivíduo-cidadão.

Ao sustentar a centralidade da família nas políticas sociais, Carvalho parte da avaliação de que o Estado e a família desempenham papéis similares na regulação, normatização, definição de direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência, sendo correlatos na funções que proporcionam desenvolvimento e proteção social dos indivíduos. Seu posicionamento explicitamente confronta-se com a universalização e assistência integral através da ação Estatal:

A família está no centro das políticas de proteção social. Há 20 anos apostávamos no chamado modelo de Estado do Bem – Estar Social, capaz de atender a todas as demandas de proteção social. Hoje, nas sociedades em que vivemos, um conjunto de fatores derrubou nossas expectativas e vem exigir soluções compulsoriamente partilhadas entre Estado e sociedade (Carvalho,2003: 269).

Também está presente na posição da autora a afirmação da atualidade do *Welfare Mix*, anteriormente mencionado, pelo qual se combinam recursos do Estado, do mercado, de organizações sociais sem fins lucrativos e aqueles oriundos do que denomina de microssolidariedades, exercidas por família, igrejas e entidades filantrópicas no local; de modo que sejam partilhadas as responsabilidades sobre as políticas sociais.

Tendo em vista o escopo abrangido por esta dissertação, é relevante a proposição de Carvalho (2003) de contextualização da orientação da partilha de responsabilidade, nos marcos do *Welfare Mix* e das políticas públicas que apontam para superação das instituições totais, na perspectiva de desinstitucionalização. Aponta que a possibilidade de descartar instituições como asilos, orfanatos, internatos e manicômios só foi possível com a retomada da família e da comunidade como lugares e sujeitos de proteção social. Neste sentido afirma a autora:

Nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social vão introduzir serviços de proximidade voltados à família e à comunidade. Os serviços coletivos implementados pelas políticas sociais estão combinando diversas modalidades de

atendimento ancoradas na família e na comunidade . Fala-se hoje menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar , médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde, e em programa da saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc [...] ( Carvalho,2003, p.270).

Também são incluídas enquanto políticas afins neste campo políticas compensatórias como aquelas voltadas ao combate à pobreza, em que figuram programas de renda mínima, de melhoria habitacional, de estímulo à criação de microempreendimentos geradores de renda. Além destas, também são incluídas como afins ao modelo de sistema de bem-estar misto outras iniciativas apontadas como de cunho emancipatório, a exemplo de programas como Banco do Povo<sup>7</sup>, de microcrédito e Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar –Pronaf<sup>8</sup>.

Na concepção familista, a noção de autonomia da família coloca-se ao mesmo tempo vinculada à noção de potencial de pleno exercício de suas funções, inerentes à sua natureza, de promoção de proteção mediante o suporte afetivo e material no espaço íntimo, de fazer a mediação entre o sujeito e o espaço social a partir de sua capacidade de articulação de rede com recursos e atores no território/comunidade. Tal capacidade de articulação é apontada, nesta concepção como inerente à família e imprescindível para que se efetue a proteção social do sujeito. Uma função que por isso antecederia às políticas universais promovidas pelo Estado e que a impossibilidade de realizá-la seria, simultaneamente, indicadora de falta de autonomia, vulnerabilidade da família e critério para a ação do Estado, no sentido de restaurar ou propiciar o desenvolvimento desta autonomia. Neste sentido, Carvalho faz os seguintes apontamentos:

A proteção social como política de Estado apresenta-se em nosso país como função de seguridade social realizada por três esferas políticas: previdência social, saúde, assistência social. No âmbito da política de assistência social propriamente instituiu-se um maior número de mecanismos de proteção social não contributiva e de direito do cidadão. No entanto as ações de proteção social não são exclusivas do campo do Estado. Ao contrário, apresentam-se como fundantes das relações da família e comunidade.

Há um tipo de proteção preciosa que advém das redes de relações de proximidade geradas pela família e grupos/organizações comunitárias do microterritório. Não ter família e comunidade significa não ter proteção. [...]

Considera-se que uma família é vulnerável quando possui poucos vínculos e conexões no microterritório que habita, na cidade e mesmo fora da cidade e mesmo

---

<sup>7</sup>Banco do Povo denominação associada a programas de microcrédito desenvolvidos no Brasil, voltados ao financiamento do desenvolvimento de microempresas, caracterizados pela facilitação de acesso e baixas taxas de juros inspiradas na experiência de combate a pobreza do economista indiano Muhammad Yunus Nobel da Paz em 2006.

<sup>8</sup> PRONAF – Programa de financiamento vinculado ao Governo Federal brasileiro voltado ao estímulo da produção agrícola empreendida por famílias de baixa renda sendo também caracterizado por baixas taxas de juros. Ver página do Ministério do Desenvolvimento Agrícola : <http://www.mda.gov.br/sitemda/secretaria/saf-creditorural/sobre-o-programa>.

fora da cidade. Uma família com um número maior de vínculos, independentemente de sua baixa renda e condições precárias de moradia, está mais potente para caminhar com autonomia (2010,p. 75-p.76).

Dadas estas atribuições à família, reportamo-nos à análise de Miotto (2015), que aponta que a perspectiva familista imprime uma orientação às políticas públicas de modo que estas priorizem nos seus desenvolvimentos um viés de compensação à falência da capacidade do grupo familiar prover condições materiais e imateriais de sobrevivência e suporte afetivo de socialização de seus membros. Aponta a autora, que segundo a concepção familista, a impossibilidade da família exercer tais ações representa sua incapacidade na gestão de seus recursos para desenvolvimento de estratégias que assegurem a sobrevivência e a convivência. Tal limitação atribuída à família, também diria respeito ao não exercício de articulações em redes de solidariedades, à incapacidade de mudarem o estilo de vida e de adquirir habilidades para o cumprimento de suas obrigações familiares. Tais atributos seriam considerados inatos, naturais da família, e cujas ausências são índices de incapacidade. É neste sentido que podemos entender o destaque dado na produção do campo de referência familista às políticas voltadas às famílias em situações de vulnerabilidade ou pobreza. Isto porque segundo tal concepção, o objetivo seria o resgate ou desenvolvimento da autonomia para enfrentar as condições de pobreza e assegurar, com base em seus potenciais, a melhoria de suas condições de vida.

Em sua apropriação da noção de autonomia, a perspectiva familista assimila diretrizes e modalidades de intervenções que propiciem, por meio de seus agentes, a mobilização e articulação da comunidade e da família. A perspectiva deste trabalho de mobilização seria estimular que ambos os coletivos promovam a proteção social dos seus membros, diante de condições de vida adversas. Tal orientação, de estímulo de iniciativas autônomas da família em articulação com a comunidade, são frequentemente contextualizadas e justificadas através da apropriação da diretriz de superação das instituições totais e de relações verticalizadas entre usuários, serviços e suas equipes.

Dada a temática deste trabalho – sobre exercício de protagonismo por familiares de pessoas com transtorno mental, em contexto histórico de superação da instituição total enquanto espaços e práticas de tratamento, corporificados pelos manicômios – faz-se imprescindível colocar em discussão a indissociabilidade entre desinstitucionalização, autonomia e centralidade da família no exercício de cuidado. Em outras palavras, aqui, aponto ser relevante manter a sustentação, para além do limitado espaço deste trabalho, da questão: A

perspectiva familista é o desaguadouro da condução da atual Reforma Psiquiátrica? A manutenção desta interpelação se faz necessária na medida em que:

- a) a abordagem do campo da saúde mental tem como uma das orientações justamente o enfoque do segmento familiar que, recebendo nova delegação, é mobilizado para partilhar e participar do cuidado ao portador de transtornos mentais em decorrência de um processo de desinstitucionalização dos usuários, no qual também está em jogo a inserção no território orientada pela articulação de seus recursos;
- b) no momento em que este trabalho está sendo produzido, vem sendo observada uma contínua retração da atuação e principalmente de investimento estatais no campo das políticas públicas universais. Em decorrência deste progressiva desmobilização dos recursos e estrutura estatal, observa-se ao lado das situações de desassistência a conformação de um ambiente no qual se naturaliza a mobilização de recursos particulares, das famílias que os têm, em suplência da ausência do suporte material e ação do Poder Público.

Nesta mesma direção, na apreciação da tendência do familismo, é relevante analisar as implicações da apreensão do conceito de autonomia neste contexto específico, no qual a delegação da função de proteção/seguridade é distribuída pela mobilização da família, da comunidade, no recurso ao mercado ainda que com a presença do Estado, considerando inclusive os momentos e contextos de retração da ação estatal. O conceito de autonomia aqui empregado se refere à possibilidade de a família suprir suas necessidades a partir de suas habilidades de organização e articulação de rede no território e recursos materiais. As políticas públicas estatais que são eleitas por Carvalho para serem abordadas nos seus textos, voltam-se para o objetivo de que as famílias em vulnerabilidade recuperem esta capacidade.

Neste ponto no qual se analisa uma modalidade de condução de políticas públicas, contextualizadas em um sistema de bem-estar baseado na articulação do Estado, Mercado e sociedade civil ressaltamos a indicação de Montaño (2014) sobre a apropriação de termos familiares a movimentos sociais e segmentos de esquerda, como autonomia, empoderamento, protagonismo visando a eles imprimir um sentido de autorresponsabilização de sujeitos em consonância com o distanciamento do Estado de suas responsabilidades sociais. Adverte o autor justamente que, junto ao novo sentido das noções acima elencadas, são colocadas na ordem do dia em diversas sociedades a articulação de ações solidárias e voluntárias com a participação da sociedades civil, empresas que incorporem em sua política institucional a



noção de “responsabilidade social”. Situando esta natureza de articulação em contextos políticos, nos quais sob a hegemonia do capital financeiro, o Estado é direcionado a assegurar margens de lucro do capital por meio do desmonte de direitos trabalhistas políticos. Tais políticas são desenvolvidas principalmente em períodos de crises econômicas. Em um movimento articulado de desresponsabilização social do Estado e de desoneração do capital privado, o projeto neoliberal e derivados propiciam a fragmentação da cidadania em pelo menos duas categorias: “o cidadão consumidor ( um ator livre-concorrente no mercado) e o cidadão usuário (os indivíduos que, fracassados no mercado, dependem de ajuda do Estado ou da caridade de indivíduos na sociedade civil ou da responsabilidade social empresarial)” (Montaño, 2014,p. 36).

Percebemos que, embora seja sinalizada a importância da atividade do Estado na função de proteção, ela é, segundo a perspectiva familista, indicada na medida da impossibilidade da família de supri-la. Ainda que não se possa apontar como desdobramento único, tal orientação possibilita o respaldo e a naturalização dos movimentos de retração do Estado, tornando as políticas ou os programas que apontam para perspectiva de desinstitucionalização e desenvolvimento assimiláveis ao Welfare Mix. Este processo de assimilação das diretrizes de políticas públicas participa da configuração do cenário no qual analiso a correlação entre amplitude e variedade de serviços desenvolvidos pelo Estado e o grau de responsabilização das famílias. A apreciação deste contexto é de significativa relevância para a análise das relações entre serviços públicos, suas equipes, usuários e familiares.

### 1.2.2 A Perspectiva Protetiva: proteção e promoção da vida partilhada com o Poder Público

Esta tendência tem como uma de suas características a contextualização da vida familiar, suas ações de cuidado e proteção no campo das condições socioeconômicas em que está inserido o grupo familiar, na rede de serviços e políticas públicas aos quais tem acesso. Segundo Mioto, “A tendência protetiva (...) afirma que a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida pelas políticas públicas” (2010, p.57).

Esta perspectiva descentraliza tanto o conjunto de condicionantes quanto a própria função de cuidado e proteção da família. As fragilidades e a potencialidade da família não estariam associadas apenas a eventos e processos no seu interior, mas, também a

transformações relacionadas à produção de novos padrões de composição e vida familiar. As possibilidades de cuidado de um grupo familiar, estariam ainda relacionados a processos sociais no âmbito da economia, no trabalho e no campo do desenvolvimento tecnológico. Estes processos, impactam as condições de vida da população, dentre os quais também ressaltamos a orientação política e a organização do Estado, no sentido de disponibilizar à população políticas públicas.

Esta descentralização na análise das condições de cuidado da família, na perspectiva protetiva, tem por desdobramento o apontamento de que a proteção possui como suporte a garantia de direitos sociais universais. A perspectiva protetiva, nesta direção, possibilitaria um abrandamento da responsabilidade e, por conseguinte, da sobrecarga familiar na atividade de promoção de bem-estar social, na medida em que o acesso a serviços e insumos se afirma enquanto direito. Mioto (2010) sustenta que a universalização das políticas públicas enquanto direito de cidadania inviolável possibilita independência da família em relação ao parentesco e, concomitantemente, em relação ao mercado. Processos que, no âmbito da tendência protetiva, são respectivamente denominados de “desfamiliarização” e “desmercadorização”.

A noção de cidadania associada a direitos sociais universais dos sujeitos face ao Estado abre a perspectiva de diversificação do campo de sociabilidade, desnaturalizando a socialização e a função de proteção enquanto prerrogativas da família. Isto porque, conforme já explicitado, a vida familiar é analisada no contexto do desenvolvimento socioeconômico e político em que a família está inserida. Tal premissa possibilita um entendimento das questões e impasses vivenciados pela família, não como problema da família ou enquanto problema, mas como nos diz Mioto: “As dificuldades familiares são decorrentes de múltiplos processos sociais que se manifestam de forma singular nas famílias e de forma particular em determinados grupos da população” (2010, p. 59).

Assim, contextualizadas as questões que atingem as famílias, serão atendidas por políticas sociais estatais cujos custos são socializados, sem que, para isto, a família se depare com o esgotamento de seus recursos entendidos aqui em um sentido ampliado.

O âmbito da perspectiva protetiva é da orientação do Estado que atua não em reação a uma suposta insuficiência, falência dos recursos da família ou de sua patologia, em uma ação compensatória como no familismo. Trata-se, no caso, de uma orientação protetiva de afirmação do Estado enquanto agente de inclusão na polis pela afirmação da condição de cidadania por meio da garantia do direito, e não exclusivamente pela normatização e estabelecimento de deveres e atribuições a família.

Trata-se, no fundo, de uma tendência que, consistindo em posicionamento na condução do Estado de garantia de acessos e serviços enquanto direitos universais que caracterizam a cidadania, situa-se no âmbito do desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social, expressivamente desenvolvido na Europa Ocidental<sup>9</sup>. Esta perspectiva pode ser identificada com o que Montañó (2014) aponta ser o projeto reformista dentre os que estão em disputa nas sociedades capitalistas, que abrangem a vertente liberal-keynesiana e social-democrata, cuja hegemonia situou-se entre os anos do segundo pós-guerra até a crise do sistema capitalista iniciada nos anos 70. Caracteriza-se por representar:

O expansionismo do capitalismo produtivo/comercial conjuntamente com algum grau de desenvolvimento dos direitos civis, políticos, sociais e trabalhistas, visando criar massivamente força de trabalho para atender as necessidades do capital, promover sua capacidade de consumo massivo e engajar a classe trabalhadora neste projeto social. (Montañó, 2014, p.35)

A importância da apresentação dos princípios desta perspectiva, reside justamente no fato de que ela constituiu –se em referencial disputa política nos embates em torno da configuração do projeto reformista, nos marcos do capitalismo, de construção do Estado de Direito Democrático no Brasil na conjuntura de transição do regime ditatorial empresarial-militar. Traços da perspectiva protetiva se fazem presentes no arcabouço conceitual da Reforma Sanitária e do SUS, este último sendo o contexto institucional do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica.

A abordagem das concepções de família, e seu desdobramento na relação entre família e Estado, ganha neste trabalho especial relevância no que diz respeito aos registros e análises dos processos de trabalho de implementação das políticas públicas nos encontros com as famílias. Entende-se aqui que, longe de uma condição de neutralidade, a abordagem das famílias pelos trabalhadores que operam as políticas públicas é atravessada pelo conceito de família que orienta o Estado, governos e as políticas públicas que desenvolvem, bem como pela concepção de família dos profissionais.

---

<sup>9</sup>Ressaltamos que até o período compreendido entre o final da década de 80 e 90 do século XX, também figuravam as experiências de Estado de Bem – Estar Social nos países da Europa Oriental pertencentes ao campo socialista que passaram por processos de restauração capitalista no mesmo período. Colocamos em destaque a experiência de Welfare em países capitalistas – que ressalvadas as diferenças históricas – é o tipo de organização econômica e social no qual se desenvolvem e operam dispositivos de seguridade social no Brasil.

### 1.2.3 Diretrizes do processo de trabalho na perspectiva protetiva

Como já exposto anteriormente, a perspectiva protetiva parte da avaliação de que as questões referentes à proteção social não se restringem ao âmbito familiar e atravessam um campo de possibilidades e entraves mais abrangente do que o alcançado pela família. A ação de proteção social, envolverá, além do investimento familiar, condições que proporcionem acesso à renda, ao usufruto de bens e serviços universais com qualidade assegurada. Mioto (2010) aponta, a partir destes pressupostos, três diretrizes de organização do trabalho que se articulam dialeticamente:

- a) avaliação e proposição de políticas públicas - Esta diretriz articula, por sua vez, ações nas quais são estabelecidos dispositivos para sistematização de informações que subsidiem os estudos sobre as famílias. Tais informações dizem respeito tanto às necessidades identificadas junto às famílias que acessam os serviços a partir das demandas expressas pelos usuários, como também dados que possibilitem a avaliação das repercussões do desenvolvimento da política pública no cotidiano das famílias. Esta linha de ação possibilita a avaliação e a reformulação das políticas públicas conforme a interpretação da realidade e das demandas das famílias;
- b) Organização e articulação dos serviços visando assegurar o acesso e a estruturação do cuidado. Neste item, destaca a importância desta diretriz no sentido de que o serviço que visa assistir não se converta, por sua organização, em um fator a mais de tensionamentos para as famílias. É apontada como ação importante dentro desta diretriz a criação de espaços de gestão participativa nos quais as famílias possam intervir na elaboração de proposta para condução do serviço.
- c) Atendimento às situações singulares. Tal diretriz implica no contato direto com as famílias, em que os profissionais compartilham com as primeiras a formulação da direção da assistência com base em um levantamento conjunto de elementos das demandas, das limitações, potencialidades e recursos necessários para construção de soluções visando melhora da qualidade de vida. Este processo envolve tanto a mudança na dinâmica dos vínculos entre os membros da família, como também na capacidade de articulação em redes

comunitárias e outras mais amplas exigidas para intervenção em processos sociais que apontem para transformações de mais amplo alcance sobre fatores estruturais da sociedade.

As referências conceituais da perspectiva protetiva e as diretrizes do processo de trabalho delas decorrentes, colocadas no horizonte da atuação dos trabalhadores junto as famílias, são apontadas por Miotto como mediações que possam favorecer o desenvolvimento da autonomia das famílias assentadas na concretização do acesso a direitos e na afirmação da cidadania. Neste contexto, portanto, o termo autonomia tem referência numa potencialidade de organização e articulação em favor da garantia das condições necessárias à vida e de busca de direitos que gradativamente é construída mediante a prévia garantia de direitos sociais.

### **1.3 O Processo de Trabalho na perspectiva familista e suas repercussões no cenário atual das políticas públicas**

Em que pese a diversidade de perspectivas que orientam diferentes expectativas a respeito da inserção das famílias no âmbito das políticas públicas, Miotto (2010) assinala a forte presença da tendência familista com base na observação da frequência com que se reitera a responsabilização das famílias pelo cuidado orientado por meio de práticas pedagógicas e educativas pelas quais se consolida o controle do Estado na vida familiar.

O conceito naturalizado de família, por meio do qual a este grupo se atribui a responsabilidade de viabilizar o cuidado em todas as esferas, independentemente do contexto em que está inserida, conduz ao que pondera Miotto:

A tendência familista trabalha essencialmente com as categorias da incapacidade e da patologia na articulação de seus programas e serviços. Organiza a atenção, predominantemente, em função da falência das famílias tanto nos seus aspectos materiais como socioafetivos e, portanto, define a família como o problema. Assim, não é por acaso que as expressões de mal-estar das famílias, na sua maioria são tratadas apenas como casos de família. Tampouco é casual que as práticas profissionais tendam a recair, maciçamente, nas chamadas famílias desestruturadas ou multiproblemáticas. Justamente sobre estas famílias tem recaído grande parte da intolerância social (Miotto, 2010, p.59).

A hegemonia da perspectiva familista, segundo a qual se espera da família a competência para o provimento de cuidado e sustentação da vida, tem como desdobramentos avaliações das situações críticas em que famílias por vezes se encontram enquanto sendo questões exclusivas das mesmas; Miotto (2010), neste sentido, afirma que a avaliação a partir desta perspectiva é unidimensional na medida em que a demanda ou necessidade constatada é

considerada uma questão exclusiva daquela família abordadas pelos profissionais que intervêm orientados frequentemente pela avaliação estigmatizante de que estes grupos são desestruturados.

O atendimento a partir da análise de que determinada família é desestruturada possibilita que a direção de trabalho adotada por uma determinada equipe volte-se para que direta ou indiretamente o objetivo da abordagem seja a estruturação; em outras palavras, o ordenamento da família. Um ordenamento e, portanto, controle voltado àqueles que não tem recursos para abrir mão ou mesmo evitar a assistência promovida pelos agentes do Estado. Diga-se no entanto que tal relação entre Estado e família não é intrínseca à relação com o Estado, mas, sim, à direção política do mesmo.

Diante da controvérsia no âmbito das políticas públicas em que se polarizam as noções de privacidade, autonomia x assistência e intervenção estatal por vezes com viés maniqueísta, Mioto (2010) observa que a atribuição da condição de desestruturada é atribuída com frequência às famílias pobres, sendo estas alvo de políticas focais, onde, por vezes, desencadeiam-se práticas multiprofissionais e multissetoriais através das quais as questões tidas como privadas ganham dimensão pública na medida em que amplia-se a possibilidade de intervenção estatal de acordo com a vulnerabilidade destas famílias.

Face à indicação de abordagem de famílias categorizadas como desestruturadas e inábeis para realizar suas funções de cuidado e manutenção da vida, condição visualizada particularmente nas famílias pobres, não se coloca o dilema intimista: assistência versus privacidade. Estigmatizadas pelos fracassos em suas atribuições, não terão anteparos que evitem a ultrapassagem do limite de suas privacidades.

A intervenção junto as famílias em condições de vulnerabilidade consistirá, portanto, em um momento no qual se rompe com a preservação da privacidade orientada pela “ família como expressão máxima da vida privada continua como lugar da intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos onde se expõe o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe” (Carvalho, 2010,p.73).

Tal exceção, além de evidenciar o caráter focal e portanto não universal de políticas públicas do âmbito da seguridade, sugere a possibilidade do caráter intervencionista das ações públicas sobre os setores não dotados de recursos suficientes para manutenção e cuidado da vida de seus familiares sem que os dramas da vida familiar ganhem visibilidade na esfera pública, a exemplo do que fazem as famílias com recursos para recorrerem ao setor privado e

resguardar a intimidade. Nesta direção, a ultrapassagem do limite da privacidade da família poderá ser tanto mais facilitada, na medida em que a mesma estiver mais vulnerável.

Mioto (2010) aponta que as famílias pobres consideradas “desestruturadas” são visitadas pelo Estado com maior facilidade. Estas famílias, segundo a autora, são aquelas que tem menor preparo para defender sua privacidade, ou ocultar as fragilidades, através de buscas de soluções que não implicam em exposição pública de suas dificuldades.

A estes fatores a respeito do foco e contexto do trabalho de aplicação das políticas públicas orientadas pelo viés do familismo, articulamos a análise crítica de Carvalho (2010) a respeito da formação dos profissionais para promover processos em associação com o público-alvo destas ações que proporcionem: mudanças na qualidade de vida, oportunidade de participação na elaboração e execução das ações e (por último e em destaque) protagonismo. A autora avalia que as universidades apresentam debilidades na formação de trabalhadores sociais para o que ela denomina de “agir social competente”. Competência que corresponde:

- a) a capacidade de comunicação e articulação do profissional, tendo em vista a mobilização de outros setores e instituições do Estado – dada a exigência de intersectorialidade e a complexidade das questões a serem abordadas junto aos sujeitos a serem atendidos;
- b) a capacidade de articular e mobilizar a comunidade, os sujeitos da sociedade, no sentido de propiciar complementariedade entre estes e o Estado visando a complementariedade para produção de alteração da qualidade de vida da população dentro da lógica do Welfare Mix.

Com relação à ausência do desenvolvimento das habilidades acima mencionadas, Carvalho (2010) sublinha que o que se mantém é “um agir tutelar” no desenvolvimento da política pública visando ao controle em detrimento da diretriz de promoção de emancipação.

Os elementos aqui trazidos e articulados contextualizam o campo, institucional, cultural e conceitual nos quais se desenvolvem as políticas públicas junto as famílias; isso tendo em vista a temática deste trabalho vinculada à participação da família de portadores de transtornos mentais no processo de cuidado como desdobramento do deslocamento do espaço do tratamento da instituição asilar para o espaço comunitários. Observando-se que a estratégia de desinstitucionalização, para além do campo da Reforma Psiquiátrica, ocorre em outras políticas públicas. Neste processo é buscada a interlocução e a mobilização de atores e recursos do território, ao mesmo tempo que se desenvolve a expectativa de que a família cumpra um papel central enquanto ocorre por vezes a retração da ação do Estado.

Esta contextualização se enriquece e se articula com a temática tratada nesta dissertação ao se avaliar, por fim, que uma política que tem como uma das diretrizes a promoção da emancipação do público alvo, no caso as famílias em seus respectivos territórios, pode converter-se em sua mediação pelos trabalhadores em ação de tutela e controle social. Este viés disciplinar que pode reorientar políticas, que originalmente visam a promoção de autonomia por vezes se exprime, pela estigmatização das famílias assistidas, com base em modelos idealizados de família que podem vir a orientar as políticas públicas e a conduta de seus profissionais.

Consideramos, ao término deste capítulo, que o processo da Reforma Psiquiátrica enquanto Política Pública que se orienta pela desinstitucionalização, propondo o protagonismo de usuários e familiares, não está isento dos fatores e embates que atravessam o Estado Brasileiro no momento. É neste eixo de análise que reitero a sustentação da questão: É a perspectiva familista o desaguadouro natural da Reforma Psiquiátrica?<sup>10</sup> Questão para a qual não há uma única resposta ou possibilidade. Razão pela qual indico a continuidade da sustentação desta questão aqui proposta, uma vez que a resposta a ela não depende exclusivamente dos princípios conceituais que fundamentam o projeto da Reforma Psiquiátrica. Está incluído, dentre os fatores que incidem sobre as práticas cotidianas no âmbito da reforma, o conceito de família que orienta as abordagens dos profissionais aos familiares de pessoas com transtornos mentais. Envolvendo também a formação dos conceitos dos trabalhadores de saúde e configurando um campo de visibilidade mais abrangente, a pergunta aqui resgatada terá sua resposta condicionada pela leitura hegemônica dos conceitos de autonomia e protagonismo de familiares ou usuários.

A referência de possíveis hegemonias na apreensão dos conceitos aqui em jogo sugere que o contexto no qual a orientação de uma política pública é construída, é delineado na dinâmica dos embates de concepções e projetos de organização social que permeia diferentes âmbitos da sociedade atravessando esferas de diferentes abrangências, desde um serviço de saúde por exemplo, a níveis de gestão em que se define a orientação das prioridades do Estado.

Desta forma, os conceitos de autonomia e protagonismo das famílias, podem ser hegemonicamente apreendidos em uma perspectiva de exercício de direitos universais numa direção que, garanta as expressões singulares de usuários e familiares no atendimento de suas demandas e na participação na direção das políticas de saúde mental e propiciem outras iniciativas. Mas também poderão ser os mesmos conceitos, em uma conjuntura como a

---

<sup>10</sup>Vide página 30.



correspondente ao período no qual este trabalho está sendo produzido, caracterizada pela orientação de redução da atividade estatal no campo das Políticas Sociais, serem apreendidos em uma leitura segundo a qual, por exemplo, as famílias venham a arcar com crescente amplitude com ônus das ações de cuidado em nome de uma noção de obrigatório posicionamento autônomo e protagonista em legitimação a desassistência do Poder Público.

Neste sentido mais que a avaliação “técnica” de procedimentos ou diretriz de um programa que tendem a se naturalizar no cotidiano sob o custo da sobrecarga de familiares é imprescindível uma análise a que estratégias e concepções as quais estão de fato submetidas, por mais que os termos que justifiquem as ações possam sugerir maior autonomia e emancipação.

## **2 FAMÍLIA, ESTADO E SAÚDE MENTAL: trajetória de tensões**

### **2.1 Saúde Mental percorrendo o território do Estado: um caminho de deslocamentos e permanências**

O movimento anti-manicomial surge com a formulação de uma transição do manicômio ao território enquanto campo de relações comunitárias, considerando-o espaço terapêutico e, ao mesmo tempo, de afirmação de cidadania, apontando, portanto, para mudança de orientação e reorganização da abordagem do sofrimento mental, numa perspectiva que ultrapassa o campo setorial específico visando modificar a lógica de exclusão presente na ordem social.

A consolidação da institucionalização da reforma psiquiátrica, enquanto política de Estado, na direção da inserção do usuário na comunidade, não só deu visibilidade como situou a família como ator no processo de tratamento no espaço comunitário, definindo que a mesma deva receber assistência dos serviços conforme a portaria GM/MS 336/2002, que, brevemente, aponta a diretriz de “assistência à família.”

Neste marco, para além do posicionamento voluntário de adeptos das proposições da Luta Antimanicomial, trata-se da determinação estatal do mandato de trabalhadores e familiares face à tarefa de cuidado do portador de transtorno mental. Tal compreensão, baseia-se na consideração de que ainda na vigência do modelo asilar de tratamento aos portadores de transtornos mentais a centralização da prerrogativa de tratamento vinculava-se à caracterização da família dos usuários enquanto vulnerável ao acometimento de transtorno mental, em função da presença de um paciente em seu meio e, ao mesmo tempo, enquanto propiciadora do desenvolvimento do adoecimento mental, ou seja, como agente patogênico. Esta percepção da condição da família formulada por Esquirol no bojo do movimento iniciado por Pinel no fim do século XVIII, no qual a loucura sofre a transição do campo de visibilidade da demonologia para o campo de inteligibilidade da medicina, configurando-se enquanto doença (objeto de saber médico) e propiciava uma direção de trabalho denominada “isolamento terapêutico”. Trata-se de um momento no qual, segundo a contribuição de Birman (1978), desenvolveu-se uma narrativa de loucura enquanto um fracasso no âmbito do conflito entre Natureza e Cultura, em que a família é apontada não só como uma das causas deste fracasso, mas, por isso mesmo, também como um obstáculo a recuperação do louco, o que conduzirá a que a prática psiquiátrica em seu nascedouro privilegie a estratégia do

isolamento terapêutico.

A orientação de Esquirol apostava que o isolamento do espaço físico e social de origem do paciente seria o mais adequado, na medida em que, na compreensão da diretriz de higiene moral, seria no seu ambiente de circulação e convivência que residiriam as causas da enfermidade mental. A psiquiatria, asilar, orientada pela perspectiva de higiene moral considerava, pois, serem deletérias à influência de pessoas, hábitos, lugares da vida habitual do paciente, fatores que tenderiam a perpetuar o adoecimento.

Apostando que, no interior do indivíduo alienado, se desse um conflito entre as forças que sustentariam a saúde e aquelas que manteriam a doença, os alienistas avaliavam que o isolamento protegeria o louco das forças que operavam em favor da doença de modo a favorecer as forças que proporcionam a saúde.

É nesta direção que também se fundamentava o afastamento dos pacientes de suas famílias, conforme explicita Birman (1978,p.263):

Quanto mais grave a alienação de que o indivíduo é portador, tanto mais intenso o isolamento que precisa submeter-se. A gravidade da enfermidade é medida pela ação que sobre ela pode ser exercida por seu espaço social originário, principalmente o grupo familiar.

Como também assinala Rosa (2005), ao estudar o mesmo período inicial da psiquiatria, para as equipes dos hospitais psiquiátricos a família consistia tão somente em um recurso para obtenção de informações sobre a doença. À família caberia, além disto, visitar o interno cujo cuidado seria atribuição exclusiva dos profissionais do hospital.

Para efeito de um trabalho que se propõe analisar o protagonismo da família, é de suma importância sinalizar que a noção de que o ambiente e, portanto, também a família, contêm elementos que causam ou ao menos estimulam o desenvolvimento do transtorno mental provocou intervenções de movimentos psiquiátricos desde os primórdios, no sentido de atuação para além dos muros do manicômio.

A propósito de uma contextualização mais abrangente, tal movimento da psiquiatria vinculada à tradição de intervenção no espaço público remonta ao final do século XVIII, quando o Estado Francês, com maior ênfase no período revolucionário, articulou-se com a medicina no sentido de viabilizar a nascente Sociedade Industrial<sup>11</sup> visando controlar ou

---

<sup>11</sup>Mantenho ao longo do trabalho o emprego da expressão Sociedade Industrial, adotada por Joel Birman em seu livro “Psiquiatria como discurso da moralidade”, visando preservar o sentido de sua referência à reorganização da sociedade em função do surgimento da atividade industrial. Importa, neste ponto, ressaltar as exigências de previsibilidade e racionalidade do desenvolvimento econômico capitaneado pela burguesia sobre a organização

eliminar os fatores de insalubridade urbana (sobretudo a industrial), decorrentes de seu próprio desenvolvimento; nesta direção, também regulando o espaço social no sentido de normatizar sua estruturação e as práticas que nela se desenvolvia de modo a neutralizar os obstáculos ao desenvolvimento social definidos como “doenças sociais” (Birman, 1978).

Neste contexto, desenvolvem-se o conceito/referência de norma através dos saberes médicos e pedagógicos.

Regulando o espaço social em todos os seus níveis de funcionamento, a Medicina construiu o seu saber em torno da ideia de normatização. Esta possibilitou todos os outros conceitos, fornecendo a sua ordenação e sua precisão. A psiquiatria se formou como ramo da Medicina que deveria intervir especialmente no domínio da moralidade, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da ideia de normatização moral. A psiquiatria se articulava no plano da manutenção da Ordem no nível político num sentido amplo” ( Birman,1978,p.255).

É, portanto, pelo eixo da regulação da vida social no exercício da vigilância da moralidade que a psiquiatria em seus primórdios se articula com o movimento da medicina de intervenção no espaço público, no sentido de uma ordenação em que a sanidade mental e a ordem social são esferas que se retroalimentam, ou seja, se reforçam mutuamente.

Sendo concebida a enfermidade mental enquanto consequência do desordenamento e da própria vulnerabilidade da família e do espaço social, a ação de política pública da psiquiatria (higienista, moral, preventivista) foi direcionada à família visando à disciplinarização social. Tal processo, se daria pela via de uma intervenção pedagógica no contexto familiar com vistas à regulação da articulação entre os membros da família, orientando a relação entre pais e filhos em consonância com a ordem social.

Segundo o discurso psiquiátrico, a relação de causalidade entre a vida familiar e a loucura se daria em dois níveis. O Primeiro corresponderia, no plano da própria história pessoal do sujeito adoecido, cujo desenvolvimento se teria dado em meio a uma família com fraco poder normativo e, portanto, ineficaz no estabelecimento de limites aos impulsos de satisfação de seus membros tornando-os insubmissos a qualquer ordem e, assim, apenas submetidos por movimentos internos por satisfação. Movimentos que não são orientados ou conformados por qualquer referência ou padrão social. O segundo nível, ou via de causalidade, refere-se à “desregulação precoce dos afetos referente a ineficácia da forma pela qual os pais educam seus filhos.” Causa que uma vez apontada pelo discurso psiquiátrico foi a senha para que, formulando uma teoria de prevenção à loucura, a psiquiatria propusesse um

---

da cidade. Para além da adequação do território ao desenvolvimento de um ramo de atividade econômica, cabe explicitar que trata-se de desdobramentos do desenvolvimento de uma organização social capitalista.

modelo de educação a fim de prevenir o enlouquecimento. Desta forma, estabelecida uma moral que regulasse a relação entre pais e filhos, a psiquiatria estabelecia além da intervenção terapêutica uma abordagem pedagógica junto às famílias.

Sobre isto aponta Birman:

Controlando o discurso familiar, busca-se a regulação moral da sociedade. A função de vigilância moral se realizaria extensamente através do quadro familiar. (...) Através do discurso familiar as pessoas se organizariam internamente, tornar – se- iam humanas, adestrariam a sua animalidade. Por isso mesmo um projeto de normatização social teria que passar por uma intervenção no discurso familiar, sem o qual ele seria não só limitado mas também impossível. Foi através deste quadro básico que os lugares, a disciplina, a Ordem e os limites à satisfação seriam aprendidos no seu tempo arcaico. Seria aqui que uma vontade poderia marcar de modo indelével o espaço interno de um indivíduo (1978,p. 284).

Cabe destacar que dentro das diretrizes de normatização das relações entre pais e filhos constava a referência de suma importância para a manutenção da ordem de uma sociedade de classes – como a sociedade em ascendente industrialização – que era o desenvolvimento de posição hierárquica na família. A consolidação da hierarquização das relações cumpriria a função de constituir, no ambiente familiar, um protótipo das posições e interações sociais; de modo que as crianças fossem “adestradas” e condicionadas a aceitar o lugar a elas reservados na sociedade sem pretender ultrapassá-los, o que coloca em xeque a pretensa neutralidade do discurso psiquiátrico.

Desta forma, devemos atentar que o asilamento dos psicóticos e a intervenção no espaço público e sobre as famílias constituíram duas vertentes do mesmo processo de ordenamento da vida social e dos sujeitos, seja em uma perspectiva preventiva ou pelo viés de restauração da ordem e da razão no caso dos internos. Sobre isto Birman ( 1978) analisará que na função de vigilante da Moral, a Psiquiatria atuará tanto no interior dos asilos, atenta à conduta dos indivíduos caracterizada pelo que seria considerado anomalia, como no espaço externo, em uma abordagem coletiva, tomando estes campos e estas abordagens como complementares que apontavam para o objetivo de normatização moral.<sup>12</sup>

Neste ponto, devemos nos deixar instigar pela constatação acima na medida mesmo que em um trabalho no qual discutimos os efeitos de uma reforma que tem como uma das diretrizes não só propiciar a presença do portador de transtorno mental no espaço público, mas, também, por força disto orienta que serviços e profissionais se apresentem ao território. Neste sentido, em contexto no qual a ida ao território e à família no âmbito de transição em

---

<sup>12</sup> Birman(1978) em seu livro Psiquiatria como discurso da moralidade relata que “quando a medicina mental visava o espaço externo , denominava-se higiene moral, e quando operava no espaço interno {dos denominava-se tratamento moral (p.257).

andamento do modelo asilar para o de atenção no espaço público e familiar, somos facilmente levados a considerar que a atuação fora dos muros é em si a inovação sem que se atente para o campo discursivo e posicionamento no qual pode-se estar aprisionado.

A família seria considerada vulnerável à loucura, estando exposta à agressividade do paciente e também a seus hábitos, comportamentos que não só desorganizariam o cotidiano do grupo como também consistia em uma influência prejudicial à formação, sobretudo dos seus membros como crianças e jovens. Do mesmo modo, a família era considerada estimuladora do desequilíbrio e, ao mesmo tempo, responsável pela produção da loucura a partir da dinâmica de suas relações que provocariam situações cotidianas sacrificantes. Tal entendimento da relação entre meio social e familiar com a loucura, inscreve-se em uma concepção de alienação mental referenciada na ocorrência de um conflito entre forças em prol da saúde e em oposição às forças que favoreciam o desenvolvimento da enfermidade, nas quais as segundas prevalecem. No contexto de desenvolvimento do transtorno mental, a família seria, então, considerada pelo discurso psiquiátrico como fonte de estímulo às forças que impulsionariam o adoecimento.

Desta forma, fundamentava-se a partir da Europa a perspectiva higienista da medicina e por extensão da psiquiatria, por um lado, pelo viés do asilamento e, por outro, pela via da vigilância moral e em nome da prevenção, o exercício de uma atividade pedagógica.

A tradição supramencionada, a partir da segunda metade do Século XIX, repercute na abordagem aos portadores de transtornos mentais no Brasil a partir da incorporação do saber e da prática psiquiátrica. O início do desenvolvimento da psiquiatria no Brasil também se deu numa perspectiva da construção de uma ciência única e universal. Conforme nos aponta criticamente Costa (2007), a psiquiatria era e ainda é tratada enquanto saber neutro e a-histórico, assim como os profissionais a ela dedicados se viam isentos ou desafetados pelo contexto cultural e histórico no qual estavam inseridos. É a partir desta posição que também a psiquiatria brasileira se desenvolve não só pelo viés do asilamento, mas, também atuando para além dos limites físicos do manicômio. A atuação da psiquiatria no âmbito social propunha, de um lado, a propagação de práticas de intervenção no espaço público sobre os hábitos e, de outro, a intervenção sobre a composição da população pelo viés eugenista através da defesa da esterilização dos portadores de transtornos mentais e de um discurso anti miscigenação numa perspectiva de arianização da sociedade brasileira pela qual se pautou a Liga Brasileira de Saúde Mental que também incluía em seu programa:

- a) indicação de dietas adequadas para evitar sintomas que propiciassem alteração do humor ou do comportamento;
- b) combate ao alcoolismo e sífilis do procriadores;
- c) evitação dos fenômenos enquadrados como delinquência através segregação dos considerados degenerados;
- d) exercício de controle à sexualidade, principalmente a dos jovens.

Tal incursão, ainda que breve na história da psiquiatria e da medicina é relevante, visto que a maior proximidade do período de hegemonia do modelo asilar de abordagem do sofrimento mental continue propiciando a denúncia dos estabelecimentos manicomial pelas violações cometidas. Por outro lado, em período em que se desenvolve uma reforma psiquiátrica que opera a transição do espaço do cuidado do manicômio à cidade e para o âmbito familiar, cabe atentar que a presença de profissionais de saúde mental atuando no espaço público, abordando ou assistindo pessoas que nele circulem, não é em si uma inovação. É inevitável neste trabalho, pela sua temática, ressaltar, que a intervenção da política de saúde mental não atinge apenas aqueles que diretamente são cuidados, mas, também, seus familiares, dentre outros atores. Se as diretrizes e ações desenvolvidas diferenciam as políticas umas das outras, no caso aqui, tratando-se da política de saúde mental, há que se atentar para o posicionamento tomado pelos atores que a executam a partir dos mandatos a eles conferidos pelo Estado e/ou lugar de especialistas a eles atribuídos pela sociedade.

## **2.2 Primeiros passos da Luta antimanicomial no Brasil: a família como um detalhe despercebido no caminho entre o manicômio e o cuidado no território**

O processo de luta antimanicomial iniciado no Brasil, na segunda metade da década de 1970 – que terá por desdobramento a Reforma Psiquiátrica cujas primeiras experiências se dão na década de 80 – segundo a narrativa mais difundida, inicia-se por mobilizações de trabalhadores de saúde mental que, ao mesmo tempo, denunciavam as condições de trabalho e a situação de violação de direitos humanos a que os portadores de transtornos mentais eram submetidos nos manicômios; movimentavam-se no sentido inverso ao empreendido pela psiquiatria desde seu nascimento em meio ao desenvolvimento industrial das sociedades

capitalistas no Ocidente.

Com expressiva influência da experiência italiana, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental –MTSM<sup>13</sup> partilhava da avaliação de que o manicômio é expressão dos processos de opressão na sociedade que desenvolve e instrumentaliza instituições que exercem a violência no sentido da anulação dos sujeitos em nome da ordem. Este movimento busca, justamente, subverter a posição dos profissionais de saúde mental, promovendo um deslocamento do lugar que a psiquiatria historicamente construiu para si junto ao Estado e a sociedade: a de operadora da exclusão dos portadores de Transtornos mentais em nome da ordem social. Como explicita Delgado (1987, p.185):

A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores e do qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental. A reversão de tal tendência implica a subversão de um conceito ampla e longamente difundido pela própria psiquiatria. Não aceitar a delegação, como recomendava Basaglia, significa estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida, onde o psiquiatra, que agora passa a recusar –se a acolher passivamente o paciente desviante, tem que construir um novo papel social para si próprio.”

Trata-se de um movimento que supera a esfera técnico-administrativa, na medida em que busca promover um processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, na qual progressivamente seja devolvida à comunidade a responsabilidade em relação aos seus doentes e seus conflitos. Este retorno da responsabilidade pelo cuidado à pessoa com transtorno mental, para a comunidade, envolve a implicação da família em grande parte dos casos.

A condição de possibilidade para que este movimento de transição do cuidado do espaço do manicômio, do âmbito do discurso psiquiátrico ou dos especialistas em saúde mental, para a comunidade, tem também por eixo outra transição que consiste no deslocamento da pessoa com transtorno mental do campo de visibilidade do conceito homogeneizante de doença mental, para outro, no qual o enfoque se dá a partir da formulação de Basaglia de “existência sofrimento do sujeito na relação com o corpo social”, de modo a propiciar ao conceito possibilidades para sua transcendência (Amarante & Rotelli, 1992).

Nesta direção, não se nega, senão se propõe a ultrapassar e superar o conceito de

---

<sup>13</sup> Movimento que impulsiona a luta Antimanicomial no Brasil que emerge no final da década de 1970, constituído fora do aparato estatal, por trabalhadores de saúde mental que associavam a luta por melhores condições de trabalho a denúncias aos maus –tratos impostos aos usuários no interior dos hospitais psiquiátricos públicos e privados visando inicialmente a humanização da assistência dos mesmos para posteriormente apontar para perspectiva de abolição dos manicômios. Também se incluía no elenco de denúncias a submissão do fluxo de internações psiquiátricas aos interesses econômicos dos hospitais psiquiátricos conveniados ao INAMPS, fazendo com que o número de internações e a permanência dos usuários em internação aumentassem.



doença, tornando possível uma visibilidade que transborda a ideia de uma essência contida em um indivíduo delimitado por um discurso totalizante, na perspectiva da orientação original da psiquiatria (posição que pode se atualizar em outros saberes/especialidades). Ganha relevância a singularidade com que o sujeito se constitui em sua relação com o mundo. A vivência do sofrimento da pessoa com transtorno mental deixa de ser um fenômeno abordado como algo restrito à pessoa e passa a ser entendida no contexto da história do sujeito. Sob esta orientação, que se amplia e complexifica o entendimento da presença, da pessoa com transtorno mental, possibilitando que entre em cena outros atores e fatores como a família e a comunidade.

Dar consequência à transição conceitual na abordagem do sujeito em sofrimento psíquico implicará no desenvolvimento de um processo de desinstitucionalização ou na desconstrução de um estabelecimento manicômial. Este processo de desinstitucionalização mais que a saída do espaço físico da instituição asilar, significa a desconstrução de um sistema de saberes e práticas a partir do conceito homogeneizante de “doença mental” na perspectiva de possibilitar a visibilidade da complexidade da existência–sofrimento, tendo como desdobramento a produção de novas formas de abordagem dos sujeitos em sua singularidade e complexidade (Amarante & Rotelli, 1992). Este processo de desmonte do manicômio, implica o rompimento de um sistema discursivo /normativo e de práticas no campo científico, legislativo e administrativo de referências culturais e de relações de poder orientados para abordagem da doença enquanto um ente universal que corresponderia a uma materialidade homogênea por meio da qual se compreenderia e se abordaria a existência de cada uma das pessoas com transtornos mentais.

Bem a propósito do que aqui estamos tratando, analisando a experiência norte-americana de desinstitucionalização, Amarante e Rotelli (in Bezerra Jr. & Amarante, 1992) apontam que a redução do conceito à prática de desospitalização, mesmo que acompanhada da implantação de uma rede extra-hospitalar de serviços, sem o enfrentamento do paradigma médico – psiquiátrico tradicional ou da lógica de articulação sintoma/doença – especialidade. Os autores sinalizam que, além do movimento de alternância entre serviço extra-hospitalar e hospital psiquiátrico, também qualificado de “porta giratória”, dentre as possíveis implicações da não superação do modelo doença-especialidade terapêutica estão:

- a) a visibilidade e abordagem fragmentada do sujeito entre várias disciplinas “compartimentalizado enquanto sintomas e problemáticas específicas” a serem

tratadas de forma estanque por novos especialistas e novas técnicas;

b) a produção de novas demandas psiquiátrico-psicológicas com ampliação da influência no espaço comunitário enquanto instrumento técnico-científico de saber poder.

A intervenção terapêutica deixa de ter como objetivo a eliminação da doença e passa a promover novas possibilidades de vida e novas articulações e formas de estar no mundo que não as cristalizadas no manicômio.

A terapia deixa de ser “entendida como a perseguição da “solução – cura” para ser “um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar , de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. “O problema não é cura ( a vida produtiva) mas a produção de vida , de sentido , de sociabilidade , a utilização das formas espaços coletivos de convivência dispersa (Rotelli, 1990, p.29 –p.30 apud Amarante e Rotelli in Bezerra Jr e Amarante 1992, p.52).

Muda-se o campo conceitual e, conseqüentemente, o contexto de abordagem e cuidado do portador de transtorno mental, de modo que a comunidade e a família se tornem partícipes desta tarefa. Em outras palavras: se a determinação da política estatal anterior era de afastamento da pessoa com transtorno mental de suas famílias, ao mesmo tempo vistas como vulneráveis em face da loucura de seu familiar e como causadoras do transtorno, conforme já assinalado, no atual momento o Estado determina que estas famílias acolham, convivam e participem do tratamento ao portador de transtorno mental.

Se por um lado foi registrada a participação inicial de alguns grupos e entidades de familiares na mobilização pela cidadania daqueles que sofrem por transtornos mentais, por outro, também foi constatada a resistência de familiares organizados, e mesmo por reações isoladas (ainda hoje observadas ), à orientação de retorno ou de inserção de usuários egressos de longas internações. Mesmo a sinalização e instituição de serviços extra hospitalares enquanto novas referências para atenção e tratamento das pessoas com transtornos mentais o processo de desinstitucionalização sofreu e ainda sofre (ainda que com abrangência reduzida) contestação de segmentos de familiares.

Em que pese à orientação emancipatória do Movimento da Luta Antimanicomial, no que tange sua confrontação com o modelo asilar e de afirmação da cidadania e da autonomia das pessoas com transtornos mentais, sua expressão institucional, a política estatal da Reforma Psiquiátrica, desenvolveu-se em uma relação verticalizada com a sociedade, na qual

ainda são hegemônicos a noção de transtorno mental associado a periculosidade, desordem, e, em decorrência disto, também a referência de tratamento baseado na contenção e isolamento. Em contrapartida, tem sido com base na sua prerrogativa de ordenação da vida social que o Estado tem exercido forte controle e progressiva restrição das atividades das instituições asilares de modo a possibilitar a desinstitucionalização de pacientes com longa trajetória de internações e isolamento; ao mesmo tempo, vem sendo desenvolvidas redes de serviços substitutivos e comunitários, dentre os quais, os CAPS's figuram como serviços estratégicos. Conforme já assinalado, o processo de transformação no modelo de abordagem ao sofrimento mental contou com a participação de segmentos de familiares. No entanto, esta mudança na política estatal no campo saúde mental, implicou principalmente para as famílias – que se organizaram e estruturaram suas relações desconsiderando a perspectiva de retorno do portador de transtorno mental ao lar – como uma nova ordenação de sua posição face ao familiar portador de transtorno mental e seu tratamento, a ser acatada e seguida.

### **2.3 Família na Luta Antimanicomial: um convidado inevitável na última hora**

Neste ponto, em favor de uma visão abrangente da absorção da família no processo de Reforma Psiquiátrica, e que por conseguinte propicie uma apreciação da complexidade do lugar do conceito de família que este movimento continuamente está construindo, exige-se que três dimensões sejam analisadas e consideradas em sua articulação, a partir do enfoque do envolvimento das famílias: do movimento social da Luta Antimanicomial, do Estado e do cotidiano dos serviços.

Delgado (2011) ressalta que a participação expressiva de usuários e familiares é observada em conferências de saúde mental a partir da segunda e com maior expressão na III Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo a primeira Conferência ocorrido no ano de 1987<sup>14</sup>, mesmo ano do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM. Segundo a narrativa hegemônica, foi, a partir desse momento, que foi tomada a iniciativa de incluir no processo de formulação e luta as associações de familiares e usuários. Tal diferença temporal entre o início das séries de conferências de saúde mental e o momento a partir do qual se incrementa a participação de familiares exemplifica a dissimetria das posições entre familiares, usuários e trabalhadores no processo de discussão da Reforma.

---

<sup>14</sup>Independentemente da inexpressiva presença de familiares na primeira Conferência de Saúde Mental este segmento é raramente citado no seu relatório mesmo quando elencados os setores a serem envolvidos no processo de Reforma psiquiátrica pretendido.

Também no leque de formas de intervenção em várias localidades são observadas associações de usuários e familiares com diferentes níveis de organização e potencialidade de mobilização e intervenção.

Embora o processo de organização das famílias no campo da saúde mental tenha sido incrementado a partir da expansão da rede substitutiva, sendo observado atualmente a constituição de associações de usuários e familiares a partir dos CAPS's, o surgimento de associações é inaugurado pela - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho- SOSINTRA na década de 70 e Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes da Colônia Juliano Moreira – APACOJUM – na década de 80. Apesar de haver entre ambas, o diferencial de que a primeira surge sem vínculo com serviço de saúde mental e a segunda a partir de iniciativa de familiares de usuários da Colônia Juliano Moreira, elas surgem no período anterior à institucionalização da Reforma Psiquiátrica, em período que coincide com o desenvolvimento e a consolidação do Movimento de Luta Antimanicomial. Dentro da periodização da história da Reforma Psiquiátrica delineada por Vasconcelos (2008), este corresponde à sua primeira fase, caracterizada pelo autor como o período de predomínio de mobilização social, de crítica ao sistema hospitalar e asilar, aliadas às primeiras experiências de ocupação de espaços no Estado e de ações iniciais de humanização, regulação da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental.

Na apreciação de algumas produções (*e.g.*: Vasconcelos, 2007; Diaz, 2008), observamos a coincidência temporal de surgimento destas primeiras entidades de familiares e usuários com início do Movimento de Luta Antimanicomial, identificado inicialmente como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Em que pese a fundação do movimento de trabalhadores e o aparecimento destas entidades de familiares terem ocorrido no mesmo período – ainda que possamos levar em consideração uma maior amplitude e consolidação da organização dos trabalhadores – percebemos que os familiares emergem como sujeitos do Movimento de Luta Anti-manicomial para e pela narrativa dos trabalhadores de saúde mental. Segundo o registro da narrativa dos segmentos de trabalhadores de saúde mental e como aponta Diaz (2008), a participação de familiares e usuários, a partir do II Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, conforme recomendação I Conferência de Saúde Mental, dado entendimento da necessidade de aproximação da sociedade civil.

Encontra-se aí indício de um posicionamento dos familiares no discurso dos trabalhadores vinculados ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual o reconhecimento da presença da família está subordinado às referências de atuação política e

conceituais dos trabalhadores engajados no Movimento da Luta Antimanicomial. Neste sentido, analisamos que ao menos em seu primeiro momento, a narrativa do Movimento da Luta Antimanicomial pautou-se pelo discurso dos trabalhadores e membros da academia orientados em função das suas denúncias sobre as transgressões aos direitos dos usuários, propostas de melhorias técnicas da assistência e, posteriormente, de superação do modelo asilar na perspectiva da desinstitucionalização.

A propósito da menção da perspectiva de desinstitucionalização, é relevante observar que esta diretriz se articula com a orientação de aproximação de familiares e usuários implementada a partir do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru. Este movimento de aproximação de familiares e usuários é um desdobramento da avaliação do movimento dos trabalhadores durante a I Conferência de Saúde mental em 1987, no que diz respeito à necessidade de aproximação dos movimentos populares e da sociedade. Esta articulação dos trabalhadores de saúde mental com usuários e familiares, começou a se efetivar, no II Congresso e Trabalhadores de Saúde Mental em uma conjuntura na qual membros do MTSM inseridos em espaços institucionais desde o final da década de 1970 - como Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária -CONASP<sup>15</sup> e em grupos de trabalhos e outros postos nos Ministério da Saúde e da Previdência -depararam -se com as limitações impostas pelo funcionamento do aparato estatal em uma correlação de forças desfavorável, obtendo resultados pouco expressivos em termos de medidas de melhorias da assistência hospitalar e a expansão da rede ambulatorial.

Uma vez não correspondidas as expectativas de alteração no padrão de assistência em saúde mental, mediante a ocupação de espaços na máquina governamental, por profissionais que propunham mudanças no modelo de assistência em saúde mental- tal como ocorreu entre o término da década de 70 e meados da década de 80-o MTSM adotou a orientação de busca por respaldo na sociedade. A partir daquele momento, este movimento constituído inicialmente por profissionais de saúde mental, começou a se reportar aos usuários e seus familiares enquanto aliados políticos.

---

<sup>15</sup>Conselho consultivo instituído pelo Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981, inserido no processo de costagem entre o Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, mediante a consulta de instituições governamentais e órgãos de classe visando assessorar às ações de aprimoramento e exercício de controle sobre a Assistência Médica da Previdência Social e seu financiamento incluindo além dos serviços públicos, a avaliação dos convênios com os serviços privados de saúde. Abriu -se neste contexto, espaço político para que algumas das lideranças do MTSM participassem do CONASP no início da década de 1980, propiciando a possibilidade de influência, no controle da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos. A criação do CONASP, foi uma das expressões de um amplo processo de desenvolvimento de conceitos e medidas político - administrativas, que viriam a contribuir posteriormente na organização do atual sistema de saúde com ações e serviços articulados, tendo o poder público como referência de articulação e regulamentação que se estende às ações do setor privado.

Embora seja previsível que a mudança da orientação de um serviço público exija a disputa e a ocupação de espaços no âmbito do Estado expressando o embate de concepções e projetos, como no caso da Reforma Psiquiátrica, deve ser objeto de atenção a priorização do exercício de funções ou disputa de projetos no aparato institucional em detrimento da construção de novas propostas junto a população, especialmente a usuários e familiares. Neste sentido, apesar da concepção de assistência diferenciada, a dinâmica do Movimento de Reforma Psiquiátrica, neste período, busca a viabilização de seus projetos, priorizando a disputa política no interior do Estado a partir do qual seriam desenvolvidas as ações dirigidas aos segmentos da sociedade civil sem que necessariamente houvesse a participação da mesma, sobretudo dos segmentos que serão diretamente alcançados pelas ações em saúde mental. A apreciação cuidadosa da movimentação dos atores do campo da saúde mental (principalmente dos profissionais da assistência e da academia), evitando transposições mecânicas e descontextualizadas, devem favorecer a análise atenta de possíveis sobrevivências de traços da modalidade de relação com Estado e com a sociedade, desenvolvidas pelos higienistas e pioneiros da psiquiatria no Brasil.

É também imprescindível ao menos notificar que a análise da rede de relações entre Estado, profissionais de saúde mental e familiares deve ser considerada em uma dimensão de ainda maior complexidade, ao considerarmos a tendência histórica de construção e cristalização do aparato estatal no que tange à sua orientação hegemônica e suas práticas tradicionalmente distanciadas de interlocução ampla com a sociedade. Não por acaso é recorrente na literatura do próprio campo da saúde a referência à VIII Conferência de Saúde como sendo a primeira aberta à participação da sociedade civil, ou, mesmo no âmbito da saúde mental, a referência à participação de usuários familiares a partir da II e III Conferências Nacionais de Saúde mental.

Também concorre para a complexificação dessa discussão, a contribuição de Vasconcelos (2007) que, ao fazer uma análise comparativa do grau de autonomia com que familiares e usuários no âmbito da saúde mental se mobilizam e se organizam nos países de formação latina e aqueles de tradição anglo-saxã, notifica a relevância da inclusão da dimensão cultural. Vasconcelos, por este prisma, problematiza no histórico de participação política de familiares e usuários a relevância do suporte dos profissionais ou dos serviços para que os primeiros se mobilizem e constituam suas associações. O autor sinaliza também no mesmo sentido a presença predominante de profissionais na liderança do movimento, embora se constate a crescente participação de usuários e familiares nos fóruns do Movimento da Luta

Antimanicomial.

Se no campo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, ao menos em sua narrativa hegemônica, os usuários e familiares aparecem enquanto sujeitos convocados a luta pela transição da política e da concepção de assistência a portadores de transtornos mentais, a partir da iniciativa dos profissionais, o surgimento de movimentos, organizações de familiares, anteriores ou em paralelo às mobilizações iniciais de profissionais estritamente pela Reforma Psiquiátrica, surgidas por iniciativa de familiares, indicam a possibilidade de outras narrativas relacionadas às vivências das famílias do cotidiano de cuidado ou acompanhamento dos usuários em instituições asilares.

Estas narrativas destas organizações e movimentos de familiares que não surgiram na esteira do movimento de trabalhadores de saúde mental por Reformas Psiquiátricas ou do Movimento da Luta Antimanicomial, podem em uma primeira e superficial apreciação ser concebidas tão somente enquanto histórias de coletivos e entidades quando vinculam-se à trajetória destes familiares a partir dos primeiros momentos de encontro e confrontos com o sofrimento do membro da família com transtorno mental. É com a compreensão da vinculação entre a história dos movimentos e entidades com a de seus atores que, por exemplo, Diaz (2008) procura contribuir para a construção da história do campo de saúde mental e seus embates, buscando a trajetória de seus personagens, as motivações singulares que os conduziram a incorporar-se e a introduzir em suas vidas a atuação em associações de familiares e usuários.

Vasconcelos (2008), além das duas organizações de familiares (SOSINTRA e APACOJUM) que surgem no período que ele próprio demarca como primeira fase da Reforma Psiquiátrica, indica que a existência de familiares mobilizados ou mesmo a possibilidade de mobilizá-los era já avaliada antes de as famílias serem convocadas a integrar a luta anti-manicomial a partir do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental. O autor sistematiza experiências de iniciativas coletivas de usuários e familiares que, embora não se relacionem com o âmbito abrangido (ao menos inicialmente) pelo processo da Reforma psiquiátrica, exprimem movimentos que, *lato sensu*, encontram-se no âmbito da saúde mental e que antecedem o movimento da luta anti-manicomial. Alguns dos quais hoje correspondem a segmentos recentemente inseridos nas ações de assistência da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, representando novos desafios para a Reforma psiquiátrica, tais como: dependentes químicos e autistas. Dentre as organizações elencadas por Vasconcelos (

2008), figuram<sup>16</sup>:

- a) Grupos vinculados à tradição dos doze passos, como os Alcoólicos Anônimos e derivados (incluindo Psicóticos Anônimos);
- b) Associações de usuários, familiares e amigos não ligadas a serviços públicos de saúde mental, fundadas a partir iniciativas independentes e difusas na sociedade civil, como: Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES);
- c) Rede das AMA's (Associação dos Amigos dos Autistas), formada a partir da experiência pioneira iniciada em 1983, em São Paulo.

Esta sistematização apresentada em versão resumida possibilita um deslocamento em direção a um campo de motivações para organização não apreendidas pelos discursos que sustentam as políticas públicas universais, na medida em que se relacionam às condições do cuidado que se desenvolvem na invisibilidade da vida familiar e suas tensões que envolvem dentre várias outras questões: a sobrecarga, a concentração da tarefa de cuidado sobre um familiar (na maioria das vezes, uma das mulheres da família), o temor de que o portador de transtornos mental fique desamparado, face à perspectiva de envelhecimento e morte dos pais. Tais elementos, que por vezes não são incluídos no campo de visibilidade na formulação e na justificativa das políticas públicas, ganham relevo quando recebem dimensão coletiva, o que impulsiona a constituição de movimentos e organização de familiares em torno destes elementos que marcam seus percursos. Esses movimentos podem surgir em confronto a dada política pública, exemplo da Associação de Familiares de Doentes da Saúde Mental - AFDM, que surge na década de 1990, em reação à tramitação do projeto de lei que culminou como lei nº 10.216 de 2001. O surgimento desta organização \_que reuniu familiares temerosos com a possibilidade de desassistência em função da perspectiva de transição do espaço de tratamento para o espaço comunitário, associada à progressiva desativação de leitos psiquiátricos, tendo uma forte referência na atenção da psiquiatria asilar como modelo de assistência e em que pese o significativo apoio material que recebem de hospitais psiquiátricos privados e da Federação Brasileira de Hospitais, deve ser analisado \_ para além do cenário de confrontação com as ações de desinstitucionalização. Tratar-se-ia de um reducionismo a formulação de uma

---

<sup>16</sup> A respeito das duas últimas modalidades de organizações elencadas Vasconcelos (2007) assinala que se tratam de associações, que figuram entre outras, originadas no contexto de camadas médias, segmentos com maior poder aquisitivo com acesso a recursos materiais, sociais e culturais que facilitaria iniciativas autônomas de mobilização e articulação. O autor observa que este seria um dos fatores diferenciais em relação aos segmentos de familiares presentes nos serviços de saúde mental como os CAPS's, onde predominam usuários com menor renda e recursos.



análise que conduziu a uma avaliação de uma articulação de familiares desinteressados em seus familiares internados e que se constituiria simplesmente em um artifício de conspiração útil aos que combatem os traços antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, ao perseguir o percurso da formação desta associação, Diaz (2008) considera também o percurso de familiares membros desta entidade, junto a seus familiares com transtornos mentais mesmo durante as internações destes, abordando suas ações e crenças. A instrumentalização desta organização pelos setores cujos interesses se chocam com as ações de desinstitucionalização promovidas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, não torna dispensável um exame acurado das condições que possibilitaram seu surgimento. Quando uma organização expressa uma posição pró-asilamento, tendo por referência um discurso médico centrado, cuja hegemonia se mantém no corpo social não se pode descartar a possibilidade de entidades desta orientação representarem a expressão orgânica do pensamento de um segmento significativo da sociedade, particularmente de familiares.

Uma importante expressão da visibilidade e revisão da leitura dos posicionamentos que escapam à lógica da política da Reforma Psiquiátrica e que, ao mesmo tempo, reflete a possibilidade de uma visão mais detida sobre a perspectiva dos familiares por parte campo da luta antimanicomial se reflete na análise de Delgado (2011), um dos expoentes do movimento pela desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais:

Nessa breve descrição dos antecedentes da aprovação da lei, observemos que a trajetória dos familiares dos pacientes, especialmente dos mais graves, internados por longos períodos nos hospitais psiquiátricos, seguiu um percurso diferente. Também participaram de todo o processo, e se organizaram de maneira vigorosa em entidade de âmbito nacional, mas em geral expressando um temor muito grande em relação à superação do paradigma hospitalocêntrico e, por isto, opondo-se à mudança do modelo de atenção. Participei de duas bancas examinadoras, uma de Mestrado, outra de Doutorado, sobre pesquisas que ouviram cuidadosa e exaustivamente esses familiares, vistos como “adversários da Reforma”, a partir das quais se podia perceber legitimidade dos sentimentos contraditórios que povoavam o discurso desses protagonistas decisivos do processo. Especialmente porque, pela injunção histórica de que, até então, só havia uma psiquiatria, a hospitalar, esses familiares se sentiam compreensivelmente desamparados ao serem convocados a aliar-se à defesa do modelo hospitalocêntrico. [...] Tive inúmeros momentos de diálogo, sempre tenso, com os familiares organizados em torno de associações que combatiam o projeto de lei em discussão, e sou testemunha da angústia e do sentimento de desamparo (certamente agravados pelas ameaças que ouviam em suas reuniões no ambiente dos hospitais psiquiátricos, de onde surgiu tal movimento) que essas famílias revelavam diante de uma mudança que, para nós, era uma busca da humanização e melhora do atendimento, mas para elas significava a pura incerteza quanto ao futuro. Somente quando os serviços comunitários, os CAPS, se tornaram mais presentes e mais consistentes no cenário da saúde pública brasileira, depois da aprovação da Lei, é que os familiares passaram a expressar posições, sempre inquietas e cuidadosas, porém mais abertas aos novos serviços comunitários de atenção. ( Delgado , 2011. p.116).

Registra-se na literatura que, acompanhando a expansão da rede de serviços (CAPS), houve um incremento da mobilização e organização de usuários e familiares em associações muitas vezes estimulados pelos serviços através de seus técnicos. Neste ponto, merece também destaque o fato de que, marcado pelas pressões dos movimentos sociais, inclusive no campo da saúde e da saúde mental, o Estado e suas políticas contêm espaços de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e controle social das políticas públicas no formato representativo, podendo ser exemplificado no âmbito da saúde mental por conferências e conselhos gestores de serviços. Foram realizados quatro processos de conferências nacionais de saúde mental nas quais a literatura vem registrando o crescimento numérico da representação de familiares e usuários.

Tais espaços, tanto os institucionais (conferências, conselhos) quanto o dos movimentos sociais, embora possam apresentar crescente participação em determinadas conjunturas, têm alcance ainda limitado face ao universo de familiares e usuários. Em consonância com Vasconcelos (2008), Rosa (2005) problematiza esta limitada participação de familiares e usuários, assinalando a cristalização de uma cultura de relações hierarquizadas no cotidiano das relações entre as famílias e o Estado (através dos seus serviços de saúde mental):

Ao mesmo tempo, há uma subalternização dos segmentos de baixa renda, ou seja uma forma aparentemente passiva e resignada com que os usuários pobres se comportam diante dos serviços e do profissional de nível superior, do “doutor”. Tal atitude no Brasil, é remanescente de relações historicamente autoritárias, nas quais se evita o confronto e a cobrança direta de direitos. (...) Há uma tendência, por parte dos familiares/ usuários a, de rejeitarem a perspectiva de confronto direto com os trabalhadores e dirigentes dos serviços de saúde, por temerem represálias sobre o portador de transtorno mental ou sobre si mesmos, caso precisem recorrer novamente a esses serviços (ROSA, 2005, p.208).

Ainda que considerando a singularidade da história da luta antimanicomial e do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, deve-se ressaltar que a política de saúde mental é desenvolvida pelo Estado em um momento em que a tendência de desinstitucionalização vem orientando outras políticas públicas. Criam-se, portanto, alternativas às instituições totais (manicômios, asilos, orfanatos e internatos), nas quais são priorizados serviços abertos e comunitários, sendo a família situada no momento de formulação destas políticas enquanto parceira na função de proteção social e de mediadora entre seus membros e a sociedade.

Particularmente no campo da política de saúde, a convocação da família para divisão da tarefa de cuidados vem sendo realizada em um leque amplo de programas e ações, como: desospitalização de doentes crônicos, deficientes físicos; de portadores de transtornos

mentais, acamados; jovens e crianças em abreviamento de período de internação nas doenças graves; e incentivo ao tratamento domiciliar.

O atual posicionamento da família enquanto parceira no desenvolvimento de programas vem sendo objeto de problematização neste sentido, ainda que com ressalvas referentes a uma atribuição naturalizada da função de cuidado enquanto um atributo inerente e intransferível da articulação familiar; é relevante a observação de Carvalho acerca do viés pelo qual as políticas públicas orientam a implicação da família com o cuidado e suas repercussões para os familiares:

Independente de alterações e mudanças substantivas na composição e nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção social de seus membros: idosos, doente crônico, dependentes, crianças, jovens, desempregados. Não podemos, porém, exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. Há aqui uma mão dupla a ser garantida. Esse raciocínio se aplica às demais políticas na relação com a família. Por exemplo, às políticas de saúde: a família é sujeito coletivo que opera na saúde de seus membros, mas não basta alçá-la a parceira. É preciso produzir saúde para e com a família. (2003, p.274).

As análises e citações expostas até este ponto do trabalho, ao fazerem referências à família enquanto grupo convocado pelos serviços, exigidos pela intensidade da atividade, que deve ser preservado da submissão à exaustão, refletem a inserção subalterna da família numa relação verticalizada com o Estado e suas instituições. Tal verticalização na relação entre a família e Estado no nível da formulação e da implementação da política, também é passível de ocorrer no plano do exercício da assistência, nível no qual, em tese, as equipes dos serviços exerceriam a mediação entre a Política de Saúde Mental e a demanda de saúde do usuário e seus familiares.

Cabe neste ponto, mais uma vez, em uma visada mais ampla do campo das políticas públicas que se pautam por abordagens à família, seja como co-participante da implementação, seja como público alvo da política pública, considerar a possibilidade de que, com significativa frequência, a atuação das equipes dos serviços responsáveis pela implementação destas políticas, bem como a formulação das mesmas, se orientem por modelos idealizados e pretensamente universais de família, que inclusive servem de parâmetro para se avaliar se determinada família é “desestruturada”, ou desorganizada. Tal avaliação de inexistência de organização em uma família associa-se à invisibilidade da organização e dinâmica das famílias atendidas, o que pode conduzir os serviços a esbarrarem e tropeçarem naquilo que não se vê, ou naquilo para o que não se construiu ou adquiriu instrumentos para se ver para além dos próprios referenciais. Sobre isto Sarti assinala que:

Pela perda de referências rígidas no que se refere à família, assim como pela flexibilidade de suas fronteiras, algumas dificuldades de romper com o modelo idealizado e naturalizado acerca dessa instituição e, além disso, a dificuldade de romper com o modelo idealizado e naturalizado acerca dessa instituição e, além disso, a dificuldade de nos estranharmos em relação às nossas próprias referências. A esse respeito, tende-se a ser ainda mais etnocêntrico do que habitualmente se é em outros assuntos, tão forte é sua identificação com o que somos.

Pode-se pensar na noção de família como uma “categoria nativa”, ou seja, de acordo com o sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando – o como um ponto de vista; Embora nunca estejamos inteiramente seguros de que o que atribuímos ao outro corresponde ao que ele atribuía a si mesmo (2003,p.26).

Analisando a tendência de despotencialização das famílias dentro do modelo conjugal/nuclear (que se estendeu da burguesia às camadas médias e ao conjunto da classe trabalhadora), Costa (2004) aponta que a família, dentro desta configuração a partir do século XIX, vem sendo objeto de tutela por parte de agentes “educativos-terapêuticos”, orientados à época pela política higienista. Sobre isto assinala que a família a ser considerada dentro do referencial higienista como inapta para manter a vida de crianças e adultos, e que em um contexto de mortalidade infantil e precariedade das condições de saúde dos adultos, foi reduzida pela medicina social a uma condição de dependência e submetida à uma educação física, moral intelectual e sexual.

O autor sinaliza que a interpretação das dificuldades enfrentadas pelas famílias na articulação de seus integrantes enquanto incapacidade para resolução de seus problemas (assumidas por vezes pelos seus membros) e a decorrente condição de dependência de especialistas, situam-se como consequências históricas da política e da educação higienista, que, ao ser seguida à risca, teria propiciado muitos dos fenômenos apontados atualmente como causas da desagregação familiar. A respeito dos especialistas na reeducação terapêutica das famílias, Costa afirma:

Os especialistas encarregados de reeducar terapêuticamente a família dão-se conta de que a desestruturação familiar é um fato social, mas raramente percebem que as terapêuticas educativas são componentes ativos na fabricação deste fato. Presos à ideologia do “cientificismo”, acreditam na isenção de suas práticas profissionais. Por esta razão, jamais procuram rever as matizes sociais da ciência que orienta os postulados teóricos e técnicos destas práticas. Pelo contrário permanecem atados ao cientificismo. (...) Analisam e interpretam a perplexidade e a fragilidade dos indivíduos como provas de que eles não estão suficientemente convertidos ou submissos às normas de saúde. Renovam o equipamento teórico – técnico de terapias e pedagogias terapêuticas, reforçando a engrenagem geradora do desconforto familiar. (...) Não veem ou fingem não ver, que, como atesta a evolução higienista da família, todas estas injunções revertem inevitavelmente, em maior vigilância e maior repressão” (2004,16).

As condições para a transição em direção à vigência de um posicionamento diferente

do que Costa assinala na citação acima, apresentam-se ainda insuficientes ao se constatar que, apesar da orientação já mencionada neste trabalho de assistência à família estar presente entre as diretrizes de documentos que regulamentam o funcionamento dos serviços de saúde mental, no contexto da atenção psicossocial, a concepção de trabalho pretendida junto aos familiares não se apresenta de forma precisa para os trabalhadores do campo, cujas formações frequentemente não abrangeram esta modalidade de intervenção, conforme assinalam Carneiro, Cavalcanti e Ponciano:

A despeito da relevância das relações familiares, muitos profissionais conhecem vagamente a proposta teórica de inclusão da família no tratamento psiquiátrico ou, mesmo quando reconhecem a importância de incluí-la, possui dúvidas quanto à indicação e à definição do encaminhamento pertinente. Desse modo, no dia-a-dia desenvolvem uma abordagem da família que ainda não encontrou respaldo em sua formação teórico-técnica. A lacuna encontrada na formação vai sendo preenchida com a experiência de estar em uma instituição psiquiátrica em constantes contatos com os familiares. É preciso, porém, oferecer maior respaldo às intervenções que vêm ocorrendo, ao tornar acessível uma discussão que relaciona família e transtorno psiquiátrico. (2009,p.33).

Para além da lacuna na formação dos profissionais, conforme assinalado na citação acima, há uma dissimetria, um espaço entre as diretrizes de documentos normativos e as posições dos diferentes atores no cotidiano do desenvolvimento das ações da Reforma Psiquiátrica. Este distanciamento entre as diretrizes da política e os posicionamentos dos responsáveis pela sua execução no cotidiano, abre a possibilidade de constituição de um campo de tensões que poderão se refletir, por exemplo, nas formulações e análises da política pública em saúde mental em textos normativos, resoluções de conferência de saúde e saúde mental. Tal produção vem sendo constatada nestes últimos 14 anos, após a promulgação da lei nº10216, marco da intensificação do desenvolvimento de experiências institucionais de funcionamento dos serviços de base comunitária, tendo como marca a expansão da rede de serviços substitutivos (dentre os quais, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) ao lado de programas que visam promover e dar suporte a presença do portador de transtorno mental no espaço extra-hospitalar.

Analisando em suas respectivas obras o campo de referências conceituais e teóricas (onde figuram a psicanálise e a anti-psiquiatria) que atravessam a Luta Anti-manicomial e a Reforma Psiquiátrica, autores como Melman (2006) e Rosa (2008) identificam tendências de patologização e culpabilização da família do portador de transtorno mental. Apontam os autores que tais referências (ressalvados seus respectivos fundamentos) teriam instrumentalizado análises, nas quais a determinação das doenças e mesmo sua manutenção, a

forma pela qual os pais conduzem a educação dos filhos e a dinâmica das relações no interior do grupo familiar. Neste contexto, Rosa (2008) resgata a articulação da relação “mãe–filho” com o desenvolvimento da esquizofrenia. Na mesma direção, embora enfatizando a condição atribuída a família como sujeito a ser inserido no processo terapêutico, a autora, ao resgatar a formulação de Pichon Riviere a respeito da função da patologia de um membro da família para a manutenção do equilíbrio do grupo familiar, aponta que pouparia o grupo de rever sua dinâmica de relações. Quadro que demandaria também intervenção terapêutica.

Melman (1998) e Rosa (2008), ao analisarem a perspectiva da anti-psiquiatria, avaliam que em meio a contribuição deste movimento através da denúncia e contraposição à psiquiatria clássica no que tange à exclusão, segregação e os efeitos iatrogênicos do modelo asilar, situam a família como a promotora de relações autoritárias, de abandono, estigmatização e indutora da eclosão da esquizofrenia (segundo a corrente inglesa deste campo). Como assinala Rosa (2008), também a perspectiva formulada a partir da experiência de Franco Basaglia e sua equipe de ruptura com o modelo manicomial no Hospital Psiquiátrico de Goriza – a família é apontada como uma das instituições da violência, conforme o próprio autor assevera:

O que transparece da análise da crise é a absoluta incompreensibilidade, de parte da psiquiatria, da natureza da doença cuja etiologia permanece desconhecida e que demanda intuitivamente um tipo de relação diametralmente oposto àquele adotado até agora. O que caracteriza atualmente tal relação em todos os níveis ( psiquiatra, família, instituições, sociedade ) é a violência ( a violência que serve de base para uma sociedade repressiva e competitiva) com que o perturbado é atacado e rapidamente repellido. Por acaso não é exclusão e violência aquilo que leva os membros ditos são de uma família a descarregar sobre o mais frágil a agressividade acumulada das frustrações de todos? Que outra coisa é se não violência a força que incita uma sociedade a afastar e excluir os elementos que não fazem parte de seu jogo? O que se não exclusão e violência , as bases sobre as quais se apoiam as instituições, cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir aquilo que ainda resta de pessoal no indivíduo, sob pretexto de salvaguardar o bom andamento e a organização geral? ( Basaglia,1985,p.126 –p127).

Na citação acima, para além de uma tendência de generalização da culpabilização da família, incorrendo possivelmente naquilo que denuncia enquanto modalidade de violência, a objetualização através do rótulo que exemplifica através da apropriação do diagnóstico em detrimento da subjetividade (singularidade), a partir de uma posição de poder assumida pelos técnicos (psiquiatras, psicólogos).

Percebe-se, por outro lado, na produção de Basaglia, importantes elementos que contribuem para análise contextualizada da dinâmica cotidiana da família e do posicionamento dos profissionais. Descentrando a crítica da família, Basaglia da mesma forma que o faz em relação aos profissionais, insere-a no campo de referências sócio-

culturais que orientam práticas de exclusão, repressão e competição que articula pessoas e instituições em função da organização social.

O resgate da produção de Basaglia, que teve maior relevo na chamada primeira fase da Luta Antimanicomial do Brasil, orienta a análise crítica e aponta a perspectiva de mudança, não apenas nas práticas psiquiátricas estrito senso, mas, também, das práticas em saúde mental, no que concerne à função que cumprem na sociedade.

Em última instância, coloca-se em questão a implicação dos profissionais face ao campo de referências que orientam a articulação da vida social e como o posicionamento destes se reflete na forma pela qual estes intervêm no território, e por desdobramento, junto a usuários e seus familiares dos serviços de saúde mental.

Ao abordarmos a partir da saúde mental elementos da trajetória de articulação entre Estado, família, profissionais e seus movimentos sociais, visamos favorecer a análise de avanços e impasses no desenvolvimento de uma concepção de atenção à saúde mental que, dentre outras diretrizes, pauta-se em discurso manifesto pela afirmação da participação, autonomia e emancipação dos sujeitos envolvidos, profissionais, usuários e familiares. O que se ressalta nesta análise é que a implementação do modelo proposto pela Reforma não se desenvolve sem os atravessamentos da ordem social, das trajetórias dos sujeitos em que é implementado. É uma exigência ter estes fatores em conta quando se visa uma política que propicie a afirmação da cidadania e protagonismo de segmentos historicamente subalternizados em uma ordem social hierarquizada ainda vigente. É neste sentido que Rosa (2005), em sua incursão das relações entre profissionais e familiares, problematiza tanto a convocação das famílias para participar dos projetos terapêuticos formulados junto as equipes dos CAPS como para se inserirem nos fóruns e organizações do campo da Reforma Psiquiátrica. A autora destaca que um dos pontos de tensão decorre da não correspondência entre a forma de participação desejada pelas equipes (em especial pelos profissionais de nível superior) e a forma desejada e possível para as famílias. Tal ordem de problematização contribui para uma avaliação, para além da declaração de intenções, das ações de promoção de protagonismo de familiares e usuários.

### 3 PROTAGONISMO DE FAMILIARES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Nos capítulos anteriores, abordamos o a conceituação de família não apontando para uma essência; embora tenhamos observado no primeiro capítulo a definição constitucional de família no quarto parágrafo do artigo duzentos e vinte e seis enquanto: a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes mesmo no contexto da legislação que regulamenta as relações entre os familiares. Tal conceito parece alargar-se em sua delimitação por uma abordagem que privilegia a definição de funções das famílias, das obrigações e direitos de seus membros uns para os outros. Em que pese o debate atual em que atores e segmentos sociais e suas respectivas representações políticas proponham definições de família pelo viés de sua composição, é um processo tenso e conflituoso de conceituação da família a partir da definição de suas funções no contexto de suas relações com a cultura e o Estado (em sua abordagem normativa ou legal e no âmbito das políticas públicas). A partir deste ponto do trabalho, ressaltamos a constatações de elementos e fatores que têm convergido para que à família seja atribuída a função e a tarefa de cuidado. A contundência e a abrangência com que é reiterada a função da família de cuidar, tem como um dos dobramentos que sobre ela recai o peso do corpo social, uma vez que a família é colocada na legislação<sup>17</sup> e no senso comum como “base da sociedade”.

A gradação da participação da família na partilha da assistência e cuidado, conforme vimos até aqui, está vinculada à concepção de Estado e objetivo de sua organização, estando também articulada às concepções que atravessam as políticas públicas acerca do papel da família, profissionais e serviços estatais.

A respeito da concepção de família, ou mais precisamente de sua função no âmbito das políticas públicas, pudemos apreciar a disputa entre as concepções familista e protetiva, na qual primeira concepção, orienta a política pública para atuação na medida da dificuldade e precariedade dos recursos familiares e de sua rede de relações para o exercício da função de cuidado dada a noção preliminar de centralidade da família nas ações de cuidado, promoção do desenvolvimento a sociabilidade de seus membros. Por sua vez, a segunda perspectiva, pelo viés da garantia da universalidade do direito de políticas vinculadas à seguridade social, aponta para a partilha com o Estado das funções de assistência, cuidado e promoção da sociabilidade, já pela própria garantia de acesso universal aos serviços enquanto componente

---

<sup>17</sup>Ver o artigo 226 da Constituição Federal Brasileira no anexo A desta dissertação.



da condição de cidadania. Nesta perspectiva, o exercício da função de proteção se dá na medida em que as condições de seguridade são afirmadas pela ação do Estado.

Em que pese a gradação da exigência de investimento da família de acordo com a concepção do Estado e políticas públicas, a participação desta no cuidado já está preliminarmente prescrita nas sociedades ocidentais em decorrência do que anteriormente mencionamos neste trabalho, a respeito do reordenamento das sociedades industriais<sup>18</sup>, e por desdobramento, de suas famílias.

No segundo capítulo, analisando a relação das famílias com os modelos assistenciais no âmbito da saúde mental, pôde-se observar que a formulação e a transição para estes foram operadas por seguimentos e movimentos de profissionais da assistência e de membros do meio acadêmico, que em diferentes conjunturas políticas puderam se articular e se inserir na estrutura de Estado. Ressaltamos uma vez que neste trabalho, não são ignorados a exigência da urgência que se impunha para profissionais e gestores, quanto à realização do processo de desinstitucionalização, face às condições degradantes de sobrevivência das pessoas com transtornos mentais, no interior dos manicômios e a resistência dos segmentos ligados aos hospitais psiquiátricos privados. No entanto a apreciação das tensões que atarevessam o processo da Reforma Psiquiátrica, não torna dispensável a avaliação de que, para o universo dos familiares de portadores de transtornos mentais, a proposta de transição do modelo de assistência asilar para o modelo de atenção psicossocial, apresentou-se às famílias enquanto ações e políticas de Estado já definidas às quais elas deveriam se adequar. Ainda que possamos nos referir a frações deste universo de familiares, que tenham se mobilizado organizadamente em prol ou contra a desinstitucionalização, não podemos afirmar que estas sejam compostas pela maioria do universo dos familiares.

No âmbito dos familiares favoráveis à reforma psiquiátrica, estes tem seu ingresso no Movimento de Luta Antimanicomial registrado pelos profissionais e pesquisadores deste campo, conforme relatamos anteriormente, a partir do convite dos Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental em seu II Congresso, sendo também assinalada a participação de familiares na série de Conferências de Saúde Mental a partir da sua segunda edição. Sobre isto, ressaltamos que não se registra a participação dos familiares nos períodos inaugurais destes fóruns, como também a narrativa mais difundida do início da atuação organizada das famílias se reporta à inserção do

---

<sup>18</sup> A respeito do emprego da denominação “sociedade industrial” reitero aqui o exposto na nota de rodapé da página 46.

segmento em questão no Movimento de Luta Antimanicomial, a partir de seu II Congresso.

### 3.1 Concepções de protagonismo e empoderamento

Se os desafios de promoção de cidadania, autonomia e protagonismo estão desde o início dos movimentos antimanicomiais, na diversidade de suas tendências e experiências, colocados para as pessoas com transtornos mentais como sendo motivadoras de intensas análises sobre relações de poder, cultura institucional e formação profissional, a questão do protagonismo de familiares, se não ignorada por todos os atores no campo da assistência e da produção acadêmica passou a ser encarada com maior ênfase na medida em que houve avanço do processo de desinstitucionalização e expansão da rede de serviços orientados para atenção psicossocial. Processos a partir dos quais a família passa a ser convocada para retornar à cena da assistência de seus membros portadores de transtornos mentais.

Vasconcelos (2003), em seu percurso de produção voltado à análise e promoção de condições do desenvolvimento do protagonismo de usuários e familiares, avalia que em função de elementos históricos e culturais da formação econômica e social brasileira, o processo de organização de familiares e usuários no Brasil configura-se em um contexto de dependência destes em relação aos serviços e técnicos da saúde mental no cotidiano das ações de assistência que também dão contorno ao processo de organização das associações e movimentos. Dentre as evidências desta relação de dependência entre usuários familiares e técnicos e serviços apontadas por Vasconcelos, destacamos:

- a) a composição mista destas associações compostas por familiares, usuários e técnicos tem a participação reservada na categoria de amigos exercendo em muitos casos o papel de incentivadores e mantenedores da articulação e mobilização de seus membros;
- b) o incremento da criação de associação de usuários e familiares a partir da expansão dos serviços de base comunitária orientados pela concepção de atenção psicossocial de assistência substitutivos a partir das quais grande parte surgiu;
- c) a observação no âmbito internacional e no Brasil de que mesmo nas experiências de organização autônoma e mesmo sem qualquer vínculo com instituições públicas ou privadas do campo da saúde mental não se resguarda

necessariamente tais entidades e movimentos de atravessamentos por concepções teóricas e ideológicas existentes no campo da saúde mental.

Destaca-se neste sentido a influência dos modelos e paradigmas médicos-psiquiátricos tradicionais hegemônicos na sociedade, dada a sua difusão na sociedade e sua cristalização no senso comum, sendo expresso em práticas e discursos naturalizados. Nesta direção, há movimentos que se constituem de forma exclusiva em torno da identidade configurada pelo diagnóstico. Em outras palavras, alguns destes grupos se auto-definem dentro dos termos do discurso médico. Por outro lado, em decorrência de sua dependência política e organizativa em relação aos serviços de atenção e técnicos, as organizações que surgem a partir do contexto dos serviços comunitários estão mais sensíveis à tendência de adesão à pauta do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Anti-manicomial.

Tais elementos dão contornos ao campo complexo em que se analisa as proposições de exercício de protagonismo pelos familiares de portadores de transtornos mentais e o empoderamento destes, exigindo uma análise atenta às nuances e tensões que atravessam a orientação de promoção do protagonismo de familiares de usuário, podendo imprimir a estas experiências direções e sentidos diversos. Concebendo a noção de protagonismo em articulação com o conceito de empoderamento, pontua Vasconcelos:

A perspectiva de empowerment, embora parta de estratégias relativamente simples em sua operacionalização, não constitui um fenômeno social e político simples. Pelo contrário, configura um fenômeno complexo, incluindo a possibilidade de em nome dos interesses emancipatórios, defender-se e reproduzir estratégias limitadas ou conservadoras (2003, p.53).

A complexidade do cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, seus atravessamentos pelos fatores constituintes desta sociedade e pelas contradições e tensões do campo, condiciona que a proposta de empoderamento e emancipação se dê sob a exigência de aguçada visão e análise de um percurso no qual são tênues as fronteiras entre protagonismo e coadjuvação, entre emancipação e tutela.

Tais noções, para além do campo da Reforma Psiquiátrica em curso, recebem contornos pelas mediações (teóricas, concepções acadêmicas de projetos de sociedade e culturais de forma geral e estratégias de ação) exercidas pelos sujeitos que articulam as condições, ações estratégicas e dispositivos de promoção de protagonismo e empoderamento direcionadas a determinados segmentos sociais.

Embora, a exemplo do que se observa na literatura, estejamos tratando as noções de empoderamento e protagonismo articuladamente em contextos de ações que apontam para

superação de condições de submissão em relações desfavoráveis de poder e de diversas ordens de precariedade apontando para perspectiva de emancipação, considero importante distingui-las brevemente, dizendo a respeito:

- a) Protagonismo é aqui concebido como condição na qual sujeitos exercem ações pelas quais imprimem (influenciam), a partir de suas posições singulares, processos e movimentos desde aqueles cujas repercussões são visualizadas ou expressas por determinado sujeito até aqueles observados ou denunciados por sujeitos coletivos de variadas dimensões;
- b) Empoderamento – referenciado na apropriação do termo Empowerment por Vasconcelos (2003) – será o conceito delimitado em uma formulação generalizante sem os elementos contextualizadores de mediação que lhe atribuem sentidos ainda mais diversificados, enquanto processos de aumento do poder de sujeitos individuais e coletivos em contexto de enfrentamento de circunstâncias de sofrimento, no âmbito de relações interpessoais e institucionais que têm ênfase quando voltados àqueles segmentos submetidos a relações de opressão e discriminação.

Mencionamos o caráter generalizante e ao mesmo tempo provisório da definição acima na medida em que a complexificação da concepção de empoderamento (empowement) se dá pela contextualização, nos campos teórico e cultural, das concepções de organização da sociedade de paradigmas dentro de determinado campo do conhecimento ou mesmo no âmbito de políticas públicas. Desta forma, para efeito da proposta de abordagem de concepções e controvérsias, discutiremos três distintas contextualizações dentre as diversas que atravessam a discussão de empoderamento, considerando suas influências diretas (e em alguns casos e momentos, hegemonia) sobre o campo estudado:

- a) O pensamento Liberal individualista; e a tradição dos direitos humanos;
- b) Lutas (ou interpelações dos direitos de cidadania);
- c) Condições e percalços do exercício de protagonismo no âmbito do SUS.

### 3.1 .1 O pensamento Liberal individualista; e a tradição dos direitos humanos.

Vasconcellos (2003) destaca a relevância do legado da tradição do pensamento liberal que gestado a partir do movimento iluminista no século XVII na Europa e América do Norte. Tratando-se de um campo que configura-se em contexto de movimento de burguesias ascendentes, na perspectiva de ruptura (ou superação) com os regimes absolutistas, ocupa nele lugar central a orientação de estruturação de uma ordem social e institucional na qual estariam asseguradas as condições para o exercício de autodeterminação dos indivíduos na perspectiva do desenvolvimento e expressão de suas potencialidades. Tal ideário, vinculado a um processo revolucionário no qual se gestava o capitalismo enquanto modo de produção emergente visando à condição de hegemonia, apresenta-se com viés formalmente universalista, tendo por esta direção podido deixar o legado de uma referência institucional de regulamentação do exercício do poder a partir do Estado em que estavam colocados limites para a autoridade face aos direitos e potencialidades individuais.

Neste ponto, em que se destaca a ideia de salvaguarda das condições culturais e institucionais para autodeterminação dos indivíduos, faz-se necessário ressaltar que tal orientação encontra condições de afirmação a partir da concepção iluminista segundo a qual a razão integra a natureza humana.

A propósito de seu estudo a respeito do desenvolvimento da psiquiatria neste período de desenvolvimento da sociedade industrial<sup>19</sup> no século XVIII, Birman (1978) ressaltará que a partir daquele momento se passa atribuir à cultura dimensão constitutiva do homem com função ordenadora face à percepção de um campo da constituição humana vinculada à natureza associada à desordem. A introdução da cultura assumiria uma função ordenadora constituindo-se em uma razão que daria contornos ou interditaria movimentos identificados como instintivos, configurando uma instância moral que definiria bons e maus instintos. A introjeção da cultura pelo indivíduo enquanto uma segunda natureza humana permitiria exercício de racionalidade. A assimilação das referências culturais proporcionaria a condição de autodeterminação, na medida em que o suposto indivíduo por aí pode exercer autoregulação, uma vez assimilada à ordem social em contraposição ao caos associado à natureza originária do homem. Nesta direção

---

<sup>19</sup>Ver nota nos rodapés das página 41 e 42.

A configuração de duas instâncias constitutivas do indivíduo, por sua vez, coloca em questão a condição em função da qual se atribui a ele esta denominação, na medida em que sua composição não se apresenta indivisível.

Considerando-se o conflito entre as instâncias da cultura e da natureza originária, era um processo constituinte de cada ser humano, sobretudo durante seu desenvolvimento moral, o não atendimento da expectativa – corroborada pelo discurso psiquiátrico emergente – de que ao se instaurar a dimensão da cultura, opera-se sobre a dimensão primária contornos e interdições que tornam possível a adequação à vida familiar, e a família tinha como repercussão para o sujeito seu enquadramento na condição de louco, tendo por desdobramento a supressão da prerrogativa de sua autodeterminação e sua submissão à tutela, ao aparato articulado pelo discurso psiquiátrico em atendimento às demandas de ordenamento da sociedade industrial.

Pode-se apontar que o movimento em direção aos psicóticos nas sociedades que ingressavam em seu período de ordenação capitalista é que nestas assegurava-se a autodeterminação do indivíduo desde que este tivesse internalizado os pressupostos da ordem.

Em que pesem as contradições e conflitos produzidos nestas sociedades – dentre as quais ganham relevo os embates com o operariado nascente que colocam em questionamento a universalidade das referências de regulações da vida social –, Vasconcelos (2003) assinala que deixa em um primeiro momento o legado da referência de direitos humanos básicos, voltados à instauração de garantias ante a possibilidade de restrição à liberdade e formas diretas e explícitas de opressão ou discriminações, tal como expresso em artigos da Declaração Francesa dos Direitos do Homem e nas Cartas da ONU após a II Guerra Mundial.

Vasconcelos (2003) identifica que o movimento por direitos humanos desdobra-se em uma segunda fase no século XX em que se expressam e se sistematizam demandas por acesso a direitos relacionados a serviços, benefícios, dispositivos de promoção de melhorias nas condições de vida em diversos campos. Tais demandas, nas quais incluem as de grupos sociais específicos, são reunidas e publicizadas em documentos de diferentes abrangências, tais como Cartas e Declarações das Nações Unidas até aqueles produtos de encontros como a Declaração da ONU de 1991 dos direitos de portadores de transtornos mentais e da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários Familiares, que, em repercussão do primeiro documento lançado no III Encontro de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental na cidade de Santos em 2003. Tais iniciativas, na avaliação de Vasconcelos (2003), repercutem de modo a criar as condições políticas que viabilizem a institucionalização e regulamentação de

políticas públicas que refletem a exposição das demandas nos documentos como os já mencionados – configuram um campo de referência de direitos de cidadania.

Neste campo de idéias e ações por direitos de cidadania, podem ser observadas movimentações suscitadas pela expectativa, nem sempre correspondida de universalização de condições de exercício dos direitos prescritos, pelos setores sociais desprovidos de recursos, instrumentos para pleno usufruto das garantias propagadas ou afirmadas na ordem social orientada pelo liberalismo. Seja pela posição no processo produtivo ou pela posição em que determinados segmentos sociais são alocados na sociedade, em função de tradições culturais e processos históricos de opressão, tais grupos são relegados a situações de submissão ou subalternidade mesmo nas formações sociais orientadas formalmente por referência de garantias individuais universais.

Ainda que considerando contribuições do liberalismo, já expostas nesta etapa do trabalho, a que se apontar, que este campo de idéias foi formulado visando articulação de princípios que norteariam a organização da sociedade capitalista que garantissem a burguesia ascendente desenvolver o seu modo de produção, no qual estes na condição de detentora dos meios de produção estabeleceriam o vínculo com os não detedores de propriedades produtivas, os trabalhadores através da compra da capacidade de trabalho destes. Um modo de produção, no qual, quem detendo os meios materiais de produção, pode unilateralmente definir de quem irá comprar força de trabalho dentre aqueles que só tem este elemento em sua posse. Trata-se portanto de um contexto marcado por uma correlação de forças desigual na relação entre estes dois segmentos, no qual os detedores de propriedade encontram –se em posição mais favorável para impor seus interesses em detrimento dos segundos, salvo em períodos de intensas e abrangentes mobilizações. Tal característica de relação hierarquizada, constitui um elemento de contradição com o ideário de universalização de direitos de garantia de exercício de autonomia e liberdades políticas, pretendidas pela burguesia tão somente para si própria face aos limites impostos pela aristocracia e o Estado feudal absolutista. É neste direção que se desenvolve a abordagem liberal conceito de autonomia que do ponto de vista da burguesia tratava –se de desimpedimento políticos e legais para exercer as atividades para as quais já reunia condições materiais para desenvolver.

A proposição de direitos e garantias universais propiciou em alguns contextos adesão de outros segmentos, como o próprio proletariado ao movimento, capitaneado pela burguesia visando o enfrentamento à aristocracia feudal na perspectiva do exercício do poder político. Por outro lado os contornos dados aos direitos e garantias, como o de exercício de autonomia,

pelo pensamento liberal, notadamente até o início do século XX, não contemplavam a construção de condições econômicas e sociais para os setores desprovidos destas condições tenham condições de exercer, inclusive, os direitos políticos. Por desdobramento a concepção liberal convencional de autonomia esta vinculada a responsabilização de cada indivíduo pelo auto provimento de bens e serviços necessários ao desenvolvimento de sua vida descartando intervenções estatal neste sentido.

Em que se considere o aceno de universalidade dos direitos, a identificação de preparo para o seu exercício conformava-se às condições e recursos já apresentadas por seguimentos adequados à ordenação social compostos por atores cuja padronização se reporta à tipificação dos sujeitos pertencentes à classe hegemônica na sociedade industrial organizada em função do modo de produção capitalista, como por exemplo, o conjunto do seguinte atributo: homem, proprietário de meio de produção, branco, letrado, provedor de uma família.

Junto à mulher, aos trabalhadores, à criança, aqueles orientados por referenciais culturais que não os ocidentais, as pessoas com transtornos mentais tiveram negada a condição de aptidão de exercício de autonomia para qual o reconhecimento da individualidade, mais que ser percebido enquanto um elemento diferenciado de um conjunto, implica também na assunção de uma condição de indivisibilidade de um sujeito unificado, organizado pelo exercício da razão de tal forma que possa partilhar a observância das normas e valores sociais.

Conforme já assinalado na referência à contribuição de Birman (1978), ao considerado louco e sua família foi definida a tutela e vigilância, através da medicina em lugar da auto-determinação.

Tendo em vista estes elementos e nos reportando à contribuição de Vasconcelos (2003), apontamos que em meio à contradição entre o estabelecimento de referências universais de direitos e garantias e a restrição a alguns segmentos sociais das condições para exercício e usufruto destes direitos, pode-se analisar que as circunstâncias de empoderamento são propiciadas desde o processo de elaboração e sistematização dos direitos, mas também pela demanda de universalização destas garantias expressas nas lutas sociais promovidas pelos segmentos não contemplados por estes direitos relacionados à autonomia, configurando um campo de referência de luta por direitos à cidadania.



### 3.1.2 Lutas por direitos de cidadania

Este campo de referências de direitos que também contribuem para produção de possibilidades de empoderamento se compõe, conforme nos sinaliza Vasconcelos (2003), da articulação da tradição de reivindicações e proclamações de:

- a) direitos civis, desde o século XVIII referentes a garantias de proteção face às restrições arbitrárias de expressão e vivência de diferenças de posicionamentos e práticas no âmbito social face ao Estado ou outros segmentos;
- b) direitos políticos – referentes à possibilidade de lançar mão ou construir instrumentos de participação e intervenção nas decisões atinentes à organização e funcionamento da sociedade, de modo a possibilitar a diversos segmentos a defesa de seus interesses. Ex.: liberdade de organização em associações, sindicatos, partidos, direito ao voto, participação em instâncias de controle social;
- c) direitos sociais referentes a garantias de suporte das condições elementares para desenvolvimento da vida por meio de serviços públicos e benefícios que configurem o campo da seguridade social.

Conforme analisamos no item anterior, este campo vem sendo desenvolvido em meio às tensões sociais nas quais são repercutidas as demandas dos segmentos que em função de suas condições e posições não foram imediatamente ou amplamente contemplados pela institucionalização de direitos civis.

A afirmação da noção de direitos de cidadania está inserida em um processo histórico que terá como desdobramento a constituição dos sistemas de bem-estar social que se configuram com maior amplitude nos países capitalistas – sobretudo na Europa, no pós Segunda Guerra – que, além de encontrarem-se em momento de grande crescimento econômico, vivenciavam ascensão de partidos de orientação social-democrata, que propunham a absorção de demandas por serviços públicos universais ao lado de benefícios em um sistema orientado à promoção de economia de mercado. Além de ter correspondido a um período no qual a conjuntura interna estava marcada pelo fortalecimento de organizações partidárias e movimentos sociais vinculados aos trabalhadores se encontravam fortalecidas, o cenário internacional da época foi marcado pelo contraponto de um emergente bloco de países socialistas, que contavam com sistemas universais de bem-estar social de seguridade. Tais

elementos, caracterizam a conformação do campo de direitos de cidadania pela tensão entre segmentos em posições que refletem contradições e conflitos no processo de organização social.

A relevância deste campo para a saúde mental no Brasil reside justamente no fato de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se desenvolve abrigada e contextualizada na estrutura de um sistema público de saúde derivado de um movimento de reforma sanitária, que por sua vez, foi desenvolvido no bojo de um movimento de instituição de um Estado democrático de direitos nos quais se buscava afirmar a universalidade das três modalidades de direitos já elencados: civis, políticos e sociais. Este processo justamente visava efetivar a conclusão do período e relação arbitrária do Estado com a sociedade que caracterizou o ciclo de governos da Ditadura civil –militar.

A articulação das três modalidades de direitos (civis, políticos e sociais), visando pactuações de coexistência de diferentes segmentos sob a mesma condição de cidadania em uma dada sociedade, é problematizada por Vasconcelos (2003) ao observar que a combinação destas vias de regulamentação da vida social não necessariamente compõe um todo harmônico. O autor neste sentido partilha da compreensão de que direitos sociais e direitos civis podem se conflitar, na medida em que avalia, reportando-se a Bobbio (1992), que o desenvolvimento de direitos sociais implica intervenção estatal na sociedade civil que podem se incompatibilizar com a garantia de direitos civis, se considerada a compreensão destes vinculada à salvaguarda da vida privada face à intervenção estatal.

Neste ponto, reportamo-nos ao processo de desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais já mencionada anteriormente neste trabalho. O processo da reforma psiquiátrica a partir do Estado, através da mudança de modelo de assistência com ampliação de recursos dispositivos de abordagem em espaço comunitário em contraposição à abordagem homogeneizante baseada na segregação dos portadores de transtornos mentais, aponta simultaneamente para promoção dos direitos sociais e civis dos usuários. Por outro lado, com o status de política estatal, o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica implicou em intervenção no funcionamento dos estabelecimentos manicomiais, especialmente dos privados, assim como na vida das famílias destes usuários aos quais foi estabelecida a tarefa de cuidar junto com os serviços comunitários.

Ressalvando-se que nos exemplos específicos supracitados, mesmo no que tange aos segmentos de familiares que tenham discursos manifestos idênticos às instituições totais privadas, estes falam de posições distintas e, portanto, confrontam-se com a política da

Reforma em decorrência de elementos distintos da ação estatal. No caso da relação dos hospitais psiquiátricos privados, com a política estatal da Reforma Psiquiátrica, esta é marcada pelo antagonismo de objetivos e interesses em essência, na medida em que a Reforma Psiquiátrica implica, dentre outras medidas, na transferência progressiva dos recursos destinados à remuneração das instituições de internação privadas para os serviços públicos de base comunitária.

No caso das repercussões da Reforma junto aos familiares, ressaltamos os aspectos já elencados no capítulo anterior a respeito da relação do movimento da luta antimanicomial de restrita abrangência em relação ao universo de familiares de usuários, acrescentando-se o fato de que esta aliança não foi diretriz de primeiro momento do movimento. Desta forma, a condução da política de Reforma a partir do Estado por elementos do movimento não se deu *pari passu* com ações de esclarecimento e mesmo interlocução com as famílias. Na primeira fase da luta Antimanicomial, face à ênfase sobre as denúncias de violações dos direitos dos portadores de transtornos mentais internos ao desafio de desinstitucionalização, a centralidade da questão da cidadania dos usuários ofuscou os direitos das famílias, que em um momento seguinte seriam amplamente incluídas no processo enquanto participantes no processo de cuidado. Temática que será desenvolvida em etapas deste trabalho que se seguirão a estas.

No processo acima apreciado, analisa-se que este campo dos direitos de cidadania que orientam a organização de sociedades nas quais estão postos e pactuados instrumentos universais, a fim de viabilizar desde as condições de sobrevivência as possibilidades de existência, conforme as convicções e ainda dispositivos que asseguram condições de intervenção na condução de políticas da sociedade. A referência de universalidade de direito não corresponde à igualdade entre seu membros, mas à sinalização de variedade de segmentos que eventualmente ou sistematicamente se contrapõem, tendo no espaço público e especialmente nas instâncias decisórias do Estado o campo de disputa, exercício de hegemonia e pactuações. Neste sentido, para além das eventuais contraposições entre modalidades de direitos vigentes na sociedade, estão colocadas contradições e diversificações de demandas entre os segmentos sociais que se apropriarão dos diferentes instrumentos de cidadania, conforme o peso que estes venham a ter diante de seus interesses e necessidades.

Se os dispositivos que favorecem o desenvolvimento de estratégias de empoderamento nas sociedades nas quais estão estabelecidos direitos têm status de universalidade, as apropriações serão singulares na medida em que tais instrumentos não se constituem em fins

em si próprios, e deles os segmentos sociais lançam mão na medida de seus recursos (incluindo aqueles relacionados à interpretação da realidade) e objetivos.

Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2010) analisam a relevância da prevalência de uma forma de sociabilidade política orientada por regras baseadas na democracia que permitam espaço para expressão e vocalização de demandas asseguradas por instituições pautadas pelos valores democráticos que possibilitem liberdade e igualdade de garantias para reivindicações de direitos por parte dos mais variados setores. Neste sentido apontam que:

Com estes espaços os movimentos sociais ampliam os canais de vocalização de suas demandas, que no efetivo exercício do direito a outros direitos, qualificam sua estratégia política de inclusão social, na medida em que, por um lado, fazem surgir novos sujeitos, identidades e interesses, e de outro, forjam uma gramática civil capaz de a um só tempo coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as (Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes, 2010,p. 19).

Pode-se analisar o desenvolvimento das estratégias de empoderamento, associados a movimentos nas quais demandas de diferentes segmentos, quando não visam rupturas com ordenamentos sociais, contemplam o estabelecimento de normatizações de variadas abrangências que visam mediações entre direitos universais e as perspectivas de segmentos sociais, campos de práticas e conhecimentos que possam fazer convergir grupos diversificados em torno de uma dada política pública. Exemplo deste tipo de processo é o Movimento da Reforma Sanitária - do qual derivou a construção do Sistema Único de Saúde- que se desenvolve no bojo de um amplo movimento social de transição do regime ditatorial civil - militar para o estabelecimento de um Estado de Direito Democrático nos marcos de fundamentos institucionais que a organizam a vida social em consonância com o modo de produção capitalista.

### **3. 2 Protagonismo e empoderamento no desenvolvimento da Reforma Sanitária**

Tratamos no final da etapa anterior das mediações produzidas entre as demandas e expectativas de segmentos sociais, sujeitos singulares e os direitos universais, sejam civis, políticos e sociais. E, tratando-se de um trabalho sobre o campo da saúde mental contextualizado no âmbito da Reforma Psiquiátrica, faz-se imprescindível, ainda que brevemente, situarmos o campo da Reforma Sanitária, enquanto um campo que abrangendo e dando sustentação ao primeiro processo, proporciona uma mediação, uma condição de possibilidade para que os segmentos nele inseridos (particularmente familiares e usuários) possam se apropriar dos elementos de direitos de cidadania. Dentre estes direitos de

cidadania, está incluído, o direito a saúde; o que por desdobramento torna viável, embora não inexorável, o empoderamento e exercício de protagonismo dos portadores de transtorno mental e seus familiares.

A abordagem das condições de exercício de protagonismo e do desenvolvimento de empoderamento no âmbito da Reforma Sanitária tem como algumas de suas referências, que serão analisados considerando sua articulação ou contradições, os seguintes tópicos:

- 1) O conceito de saúde desenvolvido no âmbito do movimento e o contexto político em que surge;
- 2) A composição do movimento;
- 3) Processo de construção do SUS e seus princípios;
- 4) Abordagem das demandas no cotidiano da assistência e as relações entre seus atores (gestores, técnicos e usuários) e repercussões.

### 3.2.1 O conceito de saúde desenvolvido no âmbito do movimento da Reforma Sanitária e o contexto político.

A consolidação conceitual sobre saúde correspondente ao menos ao período inicial do movimento de Reforma Sanitária, mais que uma mediação entre um segmento específico, ou campo específico da vida social e a ordenação social em um plano geral, rompe a fronteira da noção de contexto específico e geral ao associar saúde à organização da produção social e do fornecimento das condições (serviços e bens) ao desenvolvimento e sustentação da vida. Tal concepção de saúde, tem por desdobramento, a indicação de meio para viabilização da condição de saúde, pela mudança de relação do Estado com a sociedade, através do provimento dos elementos necessários ao gozo da saúde, enquanto direito de cidadania, e da indução da inserção da população nos processos vinculados à condução das ações do Estado relacionadas ao desenvolvimento e sustentação da saúde colocados nestes termos:

- 3 – Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas a vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4- Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso

será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (Brasil, 1986, p.4).

A perspectiva de protagonismo no campo da saúde abre-se pela formulação do Movimento da Reforma Sanitária, na medida em que em um sentido afirmativo e não correspondendo à negação da doença, o conceito de saúde amplia-se para além do setor específico, envolvendo campos e processos fundamentais da vida social. A conceito de saúde formulado no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária propõe um descentramento da condição de detenção do saber e fazer do universo de especialistas da assistência em saúde. Situa-se a saúde enquanto questão a ser discutida e de forma integrada pelo conjunto da sociedade a partir dos mais diversos campos do saber, práticas e processos cotidianos.

Tal direção é reafirmada a partir da proposição na qual se aponta para abertura de espaço a fim de que a população atue na condução e direção política do país, incidindo sobre a organização da economia e os serviços públicos, em consonância com a perspectiva ampliada de saúde. A proposição de participação da sociedade nas decisões sobre a condução da política de saúde, tem relevância, considerada a conjuntura em que foi elaborada, caracterizada pela saída do regime da ditadura militar-empresarial na qual reafirmava-se o viés de centralização de decisões políticas aliada à supressão de direitos civis e políticos. Essa transição se exprimiu no próprio espaço no qual estas propostas foram formuladas, o da 8ª Conferência de Saúde, onde pela primeira vez participaram usuários e segmentos representativos de parcela majoritária da população, rompendo com a composição corporativa e o viés tecnocrático da série de conferências de saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária se deparou com uma confluência de fatores que obstaculizaram o desdobramento de sua concepção de saúde enquanto articulação de condições, relacionadas à organização da sociedade em seus múltiplos âmbitos se mantendo restrita ao setor de assistência em saúde estrito senso, no bojo da estruturação do Sistema Único de Saúde. Ainda assim este movimento pôde desenvolver princípios e instrumentos correlatos que propiciaram a afirmação de direitos sociais, civis e políticos conjugados, defendendo a saúde enquanto direito universal, de cidadania, a descentralização da atenção, a integralidade e equidade e a participação da população na condução da política pública de saúde enquanto princípio.

Particularmente no tocante ao último princípio, foram consolidados enquanto instâncias do Sistema Único de Saúde conselhos e conferências,, dispositivos de controle social, de abrangência que se estendem do âmbito local ao nacional. A partir destes

dipositivos, aponta-se para a tendência de no âmbito dos direito de cidadania afirmar-se o direito político dos usuários e trabalhadores do setor.

Trata-se da perspectiva, como dito anteriormente, de apropriação de direitos universais, visando, por pactuações ou enfrentamentos, viabilizar mediações pelas quais políticas universais possam contemplar ou se aproximar das demandas de segmentos e atores específicos (em consonância com os princípios de equidade e integralidade) por meio de espaços nos quais, como afirmam Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes:

Os movimentos sociais ampliam os canais de vocalização de suas demandas, que, no efetivo exercício do direito a outros direitos, qualificam sua estratégia política de inclusão social, na medida em que, por um lado, fazem surgir novos sujeitos, identidades e interesses, e de outro, forjam uma gramática civil capaz de a um só tempo coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as no interior do Estado.( 2010,p19)

Os autores assinalam como desdobramento destes encontros de diferentes atores no exercício da cidadania, além da afirmação de novos direitos, a redefinição das relações sociais e do espaço público considerado como “arena política” com potencial de produção de novos significados para os conceitos de igualdade, liberdade e para condição do público.

Entende-se aqui que tal atualização de sentidos dos conceitos acima elencados possa decorrer justamente de que nos espaços e participação da população devam ser afirmados os direitos culturais, também destacado por Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2010), a serem afirmados diante da sociedade e do Estado na medida em que os referenciais e valores dos atores possam também estar em jogo no debates, enfrentamentos e pactuações sobre as decisões referentes às políticas de saúde.

Cumpram também aqui destacar que a possibilidade de efetiva intervenção na condução da política pública, através de instâncias como conselhos e conferências, depende da correlação de forças entre seus atores, a organização e mobilização de cada um deles, da cultura política dos âmbitos nos quais se realizam, do projeto político do gestor no executivo da área de abrangência do Conselho. Tais instâncias, quando por vezes não têm as deliberações que contrariam os interesses dos gestores ignorados, se tornam dispositivos de cooptação de expoentes dos movimentos sociais na perspectiva de neutralizar as possibilidades de intervenção dos movimentos e entidades sociais. Neste sentido é relevante verificar se:

- a) as frações de segmentos (usuários, profissionais de saúde e gestores) que participam destes espaços mantém conexão com a totalidade daqueles que representa;

- b) suas proposições, representam as posições majoritárias destes segmentos;
- c) as conquistas obtidas nestes espaços de deliberação têm repercussão no cotidiano dos serviços de saúde.

Tal verificação implica em colocar em questão os efeitos da participação dos segmentos da população- historicamente posicionado em condições de subalternidade - nos espaços institucionais de participação e controle social, sobre o conjunto da estrutura de Estado.

Trata-se aqui de, no cotidiano dos serviços e programas de saúde, poder se observar em que medida os direitos sociais, políticos e culturais se efetivam se os fatores presentes nas práticas e movimentações presentes nos encontros do universo dos atores, e não apenas das frações politicamente organizadas e presentes nos espaço de deliberação. Por este viés sustenta-se a questão: quando, onde e por quem é exercido o protagonismo no âmbito do Sistema único de Saúde? Questão essa que, pela amplitude do sistema, não poderíamos neste espaço responder em sua totalidade, mas nos propomos a abordar na sua relação com os objetivos deste trabalho.

Tomando esta direção, é que mais uma vez nos reportamos à contribuição de Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2010) que apontam obstáculos para efetivação das conquistas dos direitos sociais e políticos formalmente obtidas no âmbito da Constituição Federal e da Normatização do Sistema único de Saúde. Mencionam os autores elementos que se inter-relacionam, como:

- a) a rigidez nos modelos de organização das políticas de saúde;
- b) a tradução reducionista das demandas dos usuários, que subordinam seus discursos aos referenciais dos critérios técnicos orientados pela noção de objetividade de modo a se poder quantificar os resultados das intervenções.

Tais elementos configuram contextos nos quais se dão a prevalência de “modelos ideais” previamente planejados pelos gestores, em detrimento das “práticas eficazes” produzidas no encontro dos sujeitos que atuam no cotidiano das instituições de saúde. Sobre estes modos de organização dizem os autores:

São modelos que se prestam mais a conservar e reproduzir a concentração do poder institucional, inclusive com dominação simbólica dos saberes técnicos (ditos científicos), de interesses econômicos ou de grupos corporativos, tornando as instituições impermeáveis às práticas e valores democráticos (2010, p. 21).

Tal apontamento nos remete ao que anteriormente foi colocado a respeito das diferentes apropriações de dispositivos legais que, apontam para universalidade de direitos



políticos e sociais para os variados segmentos sociais, de acordo com suas demandas e interesses, propiciando leituras de acordo com o poder de intervenção de cada segmento em diferentes momentos e efeitos variados (de restrição ou promoção e ampliação) sobre a efetividade dos direitos e valores democráticos. Pode-se deduzir que, se os termos pelos quais os valores democráticos são definidos são universalizados, as práticas e posicionamentos dos atores de embates nas arenas institucionais e na sociedade sugerem concepções e expectativas diferenciadas de democracia.

Este tensionamento do contexto formado por diferentes perspectivas de sujeitos individuais e coletivos que buscam a prevalência de seus interesses econômicos, corporativos, saberes técnicos (por vezes, articulados) conferem maior relevância à questão da dominação simbólica. Temática sensível em um trabalho onde, neste trecho, discutimos a capilaridade do exercício de direitos sociais e políticos e o exercício de protagonismo pelos familiares de pessoas com transtornos mentais.

Ainda recorrendo à contribuição de Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2010), ressalta-se as tentativas de enquadramento das demandas de usuários classificadas como “problemas de saúde” em modelos explicativos no campo de inteligibilidade dos referenciais adotados pelas equipes de assistência onde observa-se a hegemonia da racionalidade biomédica.

A submissão das demandas que chegam aos serviços aos modelos explicativos cristalizados tem por desdobramento sua objetivação e descolamento do sujeito em sofrimento, sendo-lhe impostas mutilações dos aspectos referentes ao contexto sócio-cultural do qual emerge e da singularidade do posicionamento do usuário face àquilo de que se queixa.

Nesta direção, a recepção do usuário por um especialista pode implicar a exclusão do enfoque da atenção daquilo que na queixa não se encontra no campo de visibilidade delimitado pela especialidade do técnico assistente, não sendo raro que esta demanda seja fragmentada entre o que é pertinente à especialidade e o que lhe é exterior. Dentre os diversos desdobramentos, um seria um viés de convocação de outros trabalhadores de saúde para intervir sobre a situação conforme analisam Mattos e Silva (2008) nos seguintes termos:

Longe de uma perspectiva pluridisciplinar que alcançaria uma integração produtiva pelo viés de um trabalho, cotidiano, o apelo, de modo contrário, reside no fato de que haja um profissional disposto a recolher tudo o que, pretensamente, se acharia fora do contexto médico, produzindo interferências nocivas ao bom andamento da ação médica prevista sob a égide tecnicista. (2008, p.70).

Esta perspectiva de uma racionalidade reducionista para abordagem do sofrimento, visando o expurgo de variáveis do trabalho institucional que comprometam o projeto

previamente definido de cura ou eficiência de tratamento, é passível de ser atribuída a profissionais de outras especialidades.

O outro desdobramento de uma perspectiva reducionista de abordagem da queixa do usuário, é sua exclusão, por este apresentar em sua queixa elementos que extrapolam o projeto terapêutico pré-determinado pelo serviço. Neste sentido, Sávio assinala e problematiza o exercício da seleção enquanto critério que orienta a oferta de programa:

A presença de várias deficiências ou desvantagens torna o cliente não selecionável para o “programa” e ainda hoje o critério de exclusão é o hegemônico, pois a premissa de política pública aplicada durante várias décadas somente leva em conta “um” problema” (2009, p. 167).

A hegemonia desta prática decorre em parte da cristalização dos modelos explicativos perpetuados na formação dos profissionais, e com desdobramentos na forma de organização dos serviços tem como repercussão a restrição do direito ao acesso. Ainda que seja efetivada admissão da entrada do sujeito no serviço, esta por vezes se dá, sob a condição da exclusão daquilo que no seu sofrimento evidencia marcas de sua história, de sua subjetividade, entendida aqui não em uma perspectiva intimista, mas referindo-se à posição singular do sujeito em relação com a vida e ao outro e seus impasses. Compartilhando o entendimento de Mattos e Rocha, avaliamos que: “(...) a exclusão da subjetividade na assistência implica uma forma de inclusão perversa do sujeito no circuito social dos cuidados com a saúde (p.7)”.

Configura-se uma compulsória conversão da queixa do usuário (e por que não dizer do próprio?) em uma apresentação objetificada de doença, condição de validação ou legitimação de seu ingresso no serviço ou programa de saúde.

Então nessa perspectiva, as demandas em saúde não configurariam necessidades de saúde, a não ser quando identificadas por um interlocutor qualificado que determinaria “em nome do conhecimento técnico (por que não científico?) sua mais adequada conformação à doença (...)” (Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes, 2010, p.16). Sob este crivo, em que as queixas do usuário são legitimadas “enquanto reais necessidades de saúde, reais motivos que o mobilizam em sua busca da assistência em saúde, colocam-se já no momento da primeira entrevista constrangido o direito (social) à assistência na perspectiva da integralidade do cuidado.

Nesta direção, podemos apontar que, nos marcos da verticalização da relação entre profissionais e usuários, na definição daquilo que no seu sofrimento deve ser assistido, vemos também constrangidas as condições de exercício de protagonismo pelo segundo.

Tal contexto de práticas tem incidência significativa sob o desenvolvimento de uma política de Reforma Psiquiátrica sustentada no âmbito do Sistema Único de Saúde, que,

dentre suas diretrizes, aponta para afirmação da cidadania (estando aí implicados o exercício de direitos sociais e políticos), pelo desenvolvimento do cuidado orientado pela noção de integralidade, sustentada por articulação de uma rede ampliada intersetorial que também envolve a interlocução com a família e o território.

Ao se analisar obstáculos para a promoção e exercício de protagonismo de usuários no âmbito do SUS e do atual programa de saúde mental, pretende-se, em última instância, avaliar a abrangência da efetividade dos princípios e valores das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e dos preceitos do direito de cidadania na rede de saúde e na sociedade, em que se considere o arcabouço legal (ainda que tendo limitações) que respaldam formalmente estes direitos e movimentos reformistas. Evidencia-se que à formalização e a institucionalização dos princípios em jogo nestes movimentos, não corresponde dizer que sejam hegemônicos; ao contrário, tais princípios encontram, nos territórios (entre instâncias do Estado e Sociedade Civil) em que estas políticas são desenvolvidas, estrangimentos para a efetivação destes no cotidiano.

Considero aqui que tais componentes adversos ao exercício de protagonismo daqueles que são assistidos pelos serviços substitutivos de saúde mental se potencializam para aqueles sujeitos (no caso aqui, os familiares) que, no primeiro momento do processo de luta anti-manicomial da reforma psiquiátrica, tiveram a visibilidade e presença secundarizada na medida mesma em que na identificação dos “problema de saúde” pelos profissionais não foram vistos de imediato como sujeitos das ações a incidirem sobre o que identificam como as “reais necessidades de saúde” delimitadas e reiteradas no cotidiano dos serviços.

Neste ponto, cabe que se recorra à contribuição de Camargo Jr. (2007) que, problematizando a “naturalização das necessidades de saúde”, aponta que esta se dá em contexto no qual os diversos segmentos de sujeitos vinculados à saúde, buscando legitimação, poder, espaço político e recursos, procuram persuadir a população de que os serviços e bens que produzem são os instrumentos necessários para resolução dos problemas que os potenciais usuários diretos e indiretos apresentam. Buscando ampliar o sentido do termo medicalização<sup>20</sup> “enquanto um processo que de um lado oculta os aspectos conflitivos das

---

<sup>20</sup> Por medicalização entende-se originalmente o processo de elaboração conceitual e por desdobramento de intervenção sobre fenômenos que produzem demanda de cuidado, estritamente nos marcos do campo biomédico de conhecimento e práticas terapêuticas (frequentemente se materializando em emprego de medicamentos), excluindo ou minimizando, fatores constituintes que extrapolem os limites da área de conhecimento. Por analogia, o sentido ampliado de medicalização consiste na apreensão de mesmo viés reducionista do sofrimento por disciplinas ou campos de saberes no âmbito da saúde, que desta forma seriam consideradas com exclusiva eficácia para a abordagem e tratamento daquilo que seria considerada “a real necessidade de saúde” do usuário.

relações sociais” que atravessam o adoecer e, por outro, implica a destituição da capacidade das pessoas em desenvolverem cuidado de modo a tornar indispensável a assistência profissional, indica que tal posicionamento não é exclusivo do campo circunscrito pelo modelo biomédico.

Alertando que apesar da biomedicina constituir a referência hegemônica no campo da saúde ou no que denomina de CMI<sup>21</sup> e por isso ser “principal alvo e instrumento” das ações de produção e expansão da demanda, os demais modelos terapêuticos “alternativos” também participam desta dinâmica, ainda que em posição dominada e com alcance mais limitado de suas estratégias. Deste ponto de vista, quaisquer agentes do CMI - e mesmo os praticantes não-hegemônicos “alternativos”- podem ser agentes dessa medicalização em sentido lato, convencendo segmentos cada vez mais amplos de que um dado evento é um “problema de saúde”, que possuem uma solução para o mesmo, e ainda que sua solução , e não qualquer outra, é eficaz e segura – em outras palavras, confiável (Camargo Jr. 2007,p.69).

### **3.3 Empoderamento e protagonismo familiar na abordagem de Eduardo Mourão Vasconcelos**

Será tomado como ponto de partida deste momento do trabalho as questões elencadas especialmente na conclusão na etapa anterior, na qual é problematizada o enquadramento do discurso daqueles que em sofrimento buscam cuidado nos serviços de saúde nos marcos da racionalidade que orienta a especialidade do profissional ou programa de saúde pelos quais os usuários são recebidos. Foram elencados em função desta tendência de submissão simbólica imposta ao usuário os seguintes desdobramentos: objetivação da queixa com exclusão dos elementos referentes à trajetória do sujeito assistido; interdição do acesso ao serviço dada a variação de dificuldades vivenciadas pelo usuário; e comprometimento da perspectiva de um cuidado orientado pelo princípio da integralidade.

Sobre este cenário em que profissionais e/ou equipes ocupam a função de saber pleno sobre sofrimento dos que buscam assistência, Vasconcelos( 2003), reportando-se à produção de Kleinman (1988), aponta a insuficiência dos instrumentos teórico/técnico das ciências

---

<sup>21</sup> CMI – Sigla correspondente ao Conceito Complexo Médico Industrial –Reportando –se à formulação de Hésio Cordeiro, o autor se refere à articulação de práticas saberes, instituições que vão desde aquelas do campo da formação e informação de profissionais de saúde até aquelas que atuam no setor produtivo e de serviços passando por estabelecimentos de assistência em saúde. Tal articulação inclui também instituições e práticas alternativas em saúde.

biomédicas ainda que em articulação com disciplinas do campo de humanidades (antropologia, filosofia e psicologia) para responder às questões e impasses vivenciados pelos usuários em suas experiências. Para o autor, enquanto as primeiras circunscrevem sintomas corporais ou psiquiátricos, fatores de risco e ações clínicas pertinentes, no segundo campo busca-se mapear as respostas que vêm historicamente sendo dadas a essas questões através de formulações de conceitos, de técnicas de apoio, metodologia de investigação filosófica ou psicoterapia. Segundo a perspectiva de Vasconcelos, estes campos de práticas e saberes: “não podem oferecer respostas efetivas às complexas questões da emoção da dor, do desespero, da angústia moral e da perda de sentido da vida” (2010, p.22).

Na concepção do autor, a eficácia das profissões dos campos da saúde e saúde mental, por ele considerados parciais, depende também da possibilidade de partilha com a clientela de referenciais culturais que orientariam a interpretação da doença, do corpo e do sofrimento, que, por sua vez, varia de acordo com a “cosmovisão de cada indivíduo e grupo social”. Nesta direção, avalia que o saber acadêmico-científico dos profissionais sustenta-se em representações do universo restrito dos setores considerados elites culturais das sociedades ocidentais. Portanto, tais referenciais de abordagem teriam limitada potencialidade de representação da vivência e a adesão por parte da maioria da população estaria comprometida

. Reportando-nos mais uma vez a Mattos (1990), tomamos como central a sinalização, a crítica de um posicionamento que pode ser atribuído a qualquer especialidade ou mesmo portador de qualquer discurso a partir do qual se aborde o outro e sua situação nos marcos da própria referência. Aqui é considerada relevante a demarcação deste posicionamento crítico sob pena de se empreender uma busca de um saber totalitário sobre o sujeito e a complexidade das circunstâncias com que o mesmo se defronta com seu sofrimento, a ser encontrado em algum lugar distante o oculto que não na construção desenvolvida com este na relação de cuidado.

Em última instância tem-se aqui em vista, ao falar das condições ou estratégia de empowerment diante de situações de ruptura ou tensionamento da trajetória daqueles que buscam cuidado a si ou a seus familiares, que: “É importante se atentar para o fato de que cada sujeito imprime em seu adoecer marcas da sua singularidade (historicidade), quer no tocante às possibilidades de enfretamento da situação quer em relação às limitações que se acirram neste momento” (Mattos, 1999).

Em função da temática deste trabalho, referente ao protagonismo dos familiares no campo da saúde mental, é importante ressaltar sobre este segmento que este trabalho de

aproximação da vivência da família do transtorno mental de um de seus membros é precedido no âmbito da Reforma, da entrada desta no campo de visibilidade da política de saúde mental e sobretudo das equipes que desenvolverão no cotidiano dos serviços. Mais que a entrada no campo de visibilidade dos profissionais, há que se atentar para o que é visto pelos profissionais, temática que, embora brevemente tangenciada nos capítulos anteriores, estende-se para além dos limites desta produção.

Tal observação se faz relevante na medida em que o que está colocada em um primeiro momento na luta antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica com urgência é a articulação de dispositivos e instrumentos que possibilitassem dar consequência no desenvolvimento do cuidado ao portador de transtorno a superação da noção de doença, na direção da concepção de existência sofrimento – formulada no âmbito do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana – sendo a família considerada um dos recursos a serem reunidos.

No diálogo que estabeleço com a produção de Eduardo Mourão Vasconcelos sobre o desenvolvimento de dispositivos na perspectiva de empowerment, considerando como sujeitos da experiência crítica da convivência com o sofrimento mental o usuário e a família, é sobre esta última que direciono minha atenção ao trabalho subjetivo de elaboração do significado de ter entre seus membros um portador de transtornos mentais. Ao focar a elaboração do familiar desta sua experiência de vida com a pessoa com transtornos mentais, concebo que tal abordagem deve abranger: o desgaste; os impasses e incertezas do cotidiano do cuidado e das transformações decorrentes da vivência do transtorno; o investimento financeiro, físico e subjetivo nas ações de cuidado e a busca melhoria das condições que proporcionem melhor qualidade de vida a pessoa em tratamento.

Face a questões como as aqui elencadas e apresentadas em maior detalhamento por Vasconcelos (2003), o próprio aponta que, no trabalho de acompanhamento das famílias, há que se considerar os recursos e limites das famílias para incorporação em seu cotidiano do adoecimento do familiar (do ponto de vista da compreensão e das iniciativas necessárias), levando-se em consideração dentre os recursos a rede de apoio com a qual esta família conta.

Para Vasconcelos (2003), estando colocados os limites dos serviços e seus profissionais para responder amplamente às questões, impasses e necessidades relacionados à convivência com o sofrimento decorrente do adoecer, caberá a estes atores incentivar a ativação da rede de suporte já disponível ou a construção e ampliação dela.

Com estas noções orientadoras acima explicitadas, o autor coloca à disposição uma sistematização de conceitos operacionais referentes a modalidades, dispositivos e práticas individuais e coletivas de empowerment. A organização deste elenco que segue abaixo de forma abreviada foi produzida a partir do acompanhamento e investigação das experiências de iniciativas de usuários e familiares de países anglo-saxões e da Europa do Norte, onde o autor os apresenta de forma adaptada visando adequá-las às circunstâncias do campo saúde mental no Brasil: São eles:

- 1) Recuperação – Proveniente do âmbito das deficiências físicas e incorporado ao campo dos transtornos mentais graves e persistentes – sendo referência nas práticas de reabilitação psicossocial –, este conceito se reporta às ações que, independentemente da remissão da patologia, de seus sintomas e das limitações impostas, possibilitam a produção de novos sentidos à vida, constituição de novos objetivos e, em decorrência, desenvolvimento de atividades de seu interesse e possibilidade. Tais atividades dependem de uma rede de suporte composta por serviços de saúde mental orientados neste sentido, de suporte familiar e comunitário. Vasconcelos (2003, 2007) considera que esta rede contempla também um movimento de usuários e familiares que articulem esta modalidade de dispositivo com os referidos às de cuidado de si, ajuda mútua e suporte mútuo, defesa de direitos e militância;
- 2) Cuidado de si – Na apreensão de Vasconcelos, trata-se de uma modalidade que privilegie a mobilização daqueles que sofrem experiências catastróficas em suas vidas, que lhes possibilitem elaborar suas vivências de modo que delas possa se apropriar na constituição de um discurso ou articulação de representações que possibilitem dar sentido ao sofrimento, com destaque às fases mais agudas do transtorno mental. Mais uma vez aqui, Vasconcelos evidencia que não se trata de uma modalidade de ação a ser desenvolvida individualmente de responsabilidade única da pessoa em sofrimento, mas que possa contar com rede de amigos e familiares enquanto interlocutores. Também nesta modalidade é mencionada a relevância das práticas profissionais desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde mental, dos dispositivos coletivos de movimentos de usuários e familiares e de construção de narrativas. O ponto de partida fundamental para ativação desta modalidade

de dispositivo, segundo o autor, é a mobilização e investimento pessoal por parte do sujeito em sofrimento;

3) Ajuda Mútua – Tal modalidade de dispositivo tem como principal referência os grupos orientados pela tradição dos doze passos, dentre os quais destacam-se a rede de grupos dos Alcoólicos Anônimos. Mas este tipo de dispositivo não se restringe ao modelo dos grupos anônimos. Essencialmente a característica desta modalidade corresponde uma dinâmica de trocas de vivências, experiências, sentimentos, troca de informações sobre a vida diária com questões comuns em decorrência do transtorno, que desdobram-se no efeito de suporte emocional. As formas e organização desta dinâmica são variadas e podem se dar em grupos presenciais formatados especialmente para esta finalidade, passando por grupos ou redes informais de amigos até dispositivos de encontros ou intercâmbios virtuais pela internet;

4) Suporte Mútuo – Tipo de prática caracterizado pela colaboração recíproca (por exemplo, entre membros de grupos de usuários ou de familiares na realização de atividades e tarefas cotidianas referente ao cuidado), busca de direitos que proporcionam possibilidade de alívio de sobrecarga sentida pelos cuidadores, tornando possível a estes inclusive momentos de lazer enquanto outros membros do grupo (ou rede) se encarregam dos cuidados do usuário. Tal cooperação pode também ocorrer visando projetos comuns de maior complexidade e amplitude, envolvendo: moradia, agenciamento de trabalho para usuários, projetos de difusão de materiais de informação sobre tratamento, experiência de convivência com o adoecer e suas repercussões, dentre outros;

5) Defesa de direitos (advocacy) – Modalidade de ações que envolvem iniciativas individuais ou em cooperação entre usuários ou familiares no sentido de garantia de direitos. Os mecanismos podem ser formais, por exemplo via constituição de serviços ligados a organizações de usuários e familiares, capazes de agenciar serviço de advogados para defesa direitos de usuários. Sendo informais, estes podem corresponder à capacidade de, por exemplo, um usuário recorrer ou contar com o apoio de outros usuários a fim de ter acesso a benefícios legalmente previstos. Em outro nível de articulação tal modalidade inclui ações de formulações de documentos nos quais se propõe ou se instituem direitos; tais como a Carta de Direitos de



Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental lançada a partir do II Encontro de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental em 1993 e o projeto de Lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado cuja tramitação por 12 anos se desdobraria na promulgação da Lei nº10216;

6) Transformação do Estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade, conforme a própria denominação desta modalidade de ação indica, trata-se de um universo de iniciativas e de intervenção nos diversos espaços da sociedade e diga-se também no cotidiano dos serviços de saúde mental, inclusive os novos serviços substitutivos de base comunitária visando à desconstrução da visão cristalizada ao longa da história da psiquiatria, em que ao louco está associada a imagem da periculosidade e incapacidade de gestão da própria vida. As intervenções se dão desde iniciativas de informação e promoção de debates através de diferentes mídias, programas de Rádio, TV, produção de vídeos, até aquelas ações que incidem sobre práticas cotidianas como garantia de espaços para usuários de familiares nas reuniões e eventos no campo da reforma psiquiátrica. Ex.: representação nas mesas dos eventos em conselhos e conferências de saúde etc. Tais ações tem incidência sobre os familiares na medida em que o estigma direcionado aos usuários se estende a seus familiares que por desdobramento têm afetada sua vida social com ruptura de laços, tendência ao isolamento. Outro aspecto a ser brevemente ressaltado, nesta modalidade de dispositivo de empowerment, é o fato destas práticas ao incidirem em contraposição ao estigma intervirem precisamente sobre o fator que ainda assegura, em certa medida, respaldo e hegemonia ao modelo asilar na sociedade em que pese o respaldo legal e institucional a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Nesta direção, cabe aqui mais uma vez, nos reportarmos ao que ressaltam Honorato e Pinheiro (2008) acerca da dimensão política do trabalho em saúde mental orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica que articula mas não se restringe a ações de viés técnico de profissionais, envolvendo outros atores que não somente os profissionais, na medida em que está colocado dentre as diretrizes deste trabalho a intervenção sobre a relação entre o

louco, a sociedade e a cultura como desdobramento da sua presença ainda que mediada no espaço público.

É relevante a contribuição dos autores ao comporem a concepção de política articulando a idéia de multiplicidade, diversidade que se configuram no âmbito da convivência entre os homens no qual se dão discussões, embates, negociações presente na produção de Hannah Arendt. A esta concepção articulam a perspectiva gramsciana acerca dos debates no que eles possibilitam a intervenção sobre a cultura, a produção de transformação sobre as mentalidades na direção da formação de hegemonia que por sua vez configura o exercício do poder, tendo-se em consideração aqui a articulação entre pensamento e ação.

Ainda orientados pela referência da produção de Gramsci, Honorato e Pinheiro (2008) apontam a tarefa política da Reforma Psiquiátrica a ser implementada pelos profissionais - que aqui neste contexto se impõe extensão desta possibilidade a usuários e familiares - exercendo a função de intelectual como educador, persuasor permanente, formador voltado ao processo de construção de hegemonia. Mais que uma mudança na técnica de assistência aos psicóticos trata-se a Reforma Psiquiátrica ao menos originalmente de uma proposta de uma transição de uma nova hegemonia sobre a forma de pensar e encontrar o louco.

Também figuram entre as modalidades de dispositivos e práticas de empowerment elencadas por Eduardo Mourão Vascelos As seguintes abaixo:

- 1) Participação no sistema de saúde /saúde mental e militância social mais ampla - Conforme já indicada, esta modalidade de dispositivo de empowerment corresponde à atuação de usuários e familiares em organizações e movimentos e instâncias institucionais desde aqueles no âmbito específico da saúde mental ou de outros segmentos que possam ter alguma relação com o a questão da saúde mental ou com o serviço a que pertençam os usuários até aqueles com pautas mais gerais. Assim, o exercício e desenvolvimento de empoderamento poderá se dar nas associações de familiares e usuários, passando por movimentos e instâncias gerais do Sistema Único de Saúde, como Conferências e Conselhos de Saúde, a movimentos que visem, por exemplo, reivindicar prioridade em investimentos em políticas sociais. Trata-se aqui de um estágio de exercício de empoderamento no qual familiares encontram-se nas condições de exercício dos direitos políticos de associação, de influenciar a condução política do Estado, tratando-se de assegurar ao mesmo tempo direitos sociais. Conforme já analisado, estes movimentos, ao

mesmo tempo que exercem e lutam por mais direitos, eles tencionam o ordenamento legal que estabelece direitos universais, no sentido do estabelecimento de mediações que os aproximem das demandas específicas de familiares e usuários do campo da saúde mental;

2) Narrativas pessoais de vida com o transtorno mental – Este dispositivo de empoderamento correspondente ao exercício e registro da narrativa de usuários e familiares sobre a vivências e experiências do adoecer e suas repercussões sobre suas vidas nas dimensões pessoal, social e política continuamente integradas. Nesta modalidade, aqueles confrontados com o sofrimento produzem sua própria sistematização dos elementos, situações, sentimentos vivenciados, de modo a dar-lhes sentido ao integrá-los às suas trajetórias de vida, de modo a também propiciar a aceitação dos eventos catastróficos e das condições que eles inauguraram como parte do próprio percurso e da vida humana.

Uma forma de apropriar – se das experiências catastróficas de vida, principalmente associadas às fases mais agudas do transtorno, e dar um novo sentido a elas em um conjunto integrado em um todo, resultando em “dar de volta si mesmo algo que tinha sido perdido. (Vasconcelos, 2003, p. 33).

Esta modalidade de dispositivo que Vasconcelos aponta estar mais próximo do período de maiores conquistas ou avanços no processo de recuperação que pode ser articulada as demais modalidades mas especialmente aquela aqui denominada de cuidado de si na qual o sujeito pode contar com espaços ou referências de apoio para recorrer e falar do seu mal – estar na vivência do adoecer ou sofrimento . Em ambas as modalidades, embora nesta última possa ser caracterizada por uma elaboração mais sistematizada e ampla, o sujeito reassume o protagonismo na elaboração de um discurso sobre o sua história. Empodera –se portanto os sujeitos no sentido de se não fazer um movimento em oposição , realizar um deslocamento de superação da condição de subordinação simbólica e de silenciamento diante dos modelos explicativos das especialidades de saúde. Condição para que as demandas dos que solicitam assistência sejam credenciadas que mutilam os elementos da história dos que solicitam ajuda para que os pedidos de assistência sejam credenciados pelos profissionais de saúde enquanto “reais necessidades de saúde” e atendidos a partir de conhecimentos elaborados dentro do campo estrito dos mesmo referenciais que o objetiva o sofrimento convertendo–osem doença ou qualquer outra categoria que tenha a mesma função como apontam Mattos e Rocha:

O cidadão é infantilizado e a criança que aí aparece é levada a ter aprender novas formas de lidar com a vida, direcionada por alguém que por se julgar legitimado por um campo de saber, supõe maior mestria e conhecimento pleno sobre o complexo

existir humano. Logo pode-se depreender que o sujeito é excluído de sua de sua própria vida, seus recursos e potencialidades de reorganização desconhecidos e desconsiderados por atores sociais no desempenho de sua função assistencial, tanto no contexto público quanto privado, pela estrita imbricação entre saber e exercício de poder. (2008p.4\_p.5).

Esta última modalidade de empoderamento tem em função de seu objeto a promoção da narrativa por quem tem passa por uma experiência crítica que o interpela quanto ao seu percurso na vida, tendo no primeiro momento da confrontação com o evento trágico imponderável suspensas, ainda que temporariamente, a possibilidade de formular um discurso e uma resposta para o que lhe acomete. É neste momento de maior vulnerabilidade que de forma totalitária e se impõe a autoridade do discurso técnico. Portanto, a possibilidade de reversão ou superação da condição de subordinação simbólica do sujeito em sofrimento confere radicalidade e amplitude às possibilidades de repercussões deste tipo de dispositivo visto seu potencial de incidência sobre o posicionamento de usuários e familiares no cotidiano de sua relação diária com o adoecer, com o serviço no qual estão inseridos.

Poder produzir uma narrativa sobre o próprio sofrimento implica em poder também participar da formulação da direção do cuidado individual e coletivamente na medida em que a experiência pode ser partilhada através de diversos meios, seja em grupos e dispositivos de ajuda e suporte mútuos formais livros e outros meios.

Coloca-se uma perspectiva de repercussão no plano da assistência mas também política na medida que abre-se a possibilidade de reversão ou de atenuação da verticalização das relações entre profissionais, usuários e familiares uma vez que se trata de:

Uma estratégia de mostrar como as representações sociais culturais e institucionais modelam a experiência de estar doente, denunciando e iluminando os conflitos e as estruturas de poder entre usuários e as culturas institucionais de assistência, desafiando ideologias dominantes de tratamento /assistência e os padrões aceitos de comportamento neste campo, essencialmente marcados pela polarização entre passividade ( por parte do chamados “ pacientes” ) e atividade (pelos “ profissionais”), bem como apontando direções para mudanças no campo. (Vasconcelos,2003, p.34).

Considero importante ainda no tocante a amplitude da repercussão da apropriação pelo usuário ou familiar se apropriarem da prerrogativa de produzir narrativa sobre seu percurso, seu sofrimento, e a incidência que tal processo tem sobre os movimentos e entidades de usuários e familiares. Como aponta Vasconcelos (2003) reportando –se à experiências nacionais e internacionais, muitas destes coletivos se reúnem em torno de referenciais identitários nos marcos dos paradigmas das especialidades (hegemonicamente médicas – psiquiátricos). Tais atores, ao se organizarem, por vezes podem imprimir aos seus

movimentos e entidades caráter excludente na medida em que o critério de participação pode ser determinado pelo diagnóstico. Para além deste aspecto organizativo, a partir do qual em uma visada superficial se possa visualizar exercício de autonomia, o mesmo campo de referência para a autodefinição do grupo pode influenciar um viés restrito à pauta destes coletivos, propiciando uma situação na qual embora aparentemente se exerça protagonismo mantem-se, no plano discursivo e na intervenção política de reivindicação, subordinação aos referenciais técnicos pré estabelecidos mantendo –se aí uma passividade ativa por parte dos usuários e familiares. Ressalvamos que embora parte expressiva das associações constituídas no âmbito da saúde mental (sobretudo aquelas originadas no ambiente dos serviços substitutivos) tenham uma composição mais diversificada, contando inclusive com a participação de trabalhadores, estas não por isso estariam isentas a uma limitação de suas pautas a um campo de referência e paradigmas, ainda que estes se reportem ao campo do modelo de atenção psicossocial.

Neste ponto, intencionalmente evitamos especificar como discurso dominante o discurso médico, embora cientes de sua hegemonia no campo da saúde, uma vez que o exercício de subordinação do saber pode ser exercido por qualquer especialista ou equipe na sua relação com o familiar ou usuários. É na possibilidade de reversão desta tendência que reside a radicalidade desta modalidade de dispositivo que favorecem a construção de narrativas de familiares e usuários sobre suas vidas com o transtorno mental.

O que procuro, portanto, enfatizar é que no funcionamento e apropriação dos dispositivos considerados de empoderamento e promoção de protagonismo, há que se verificar em que medida os familiares adquirem condições de vivenciarem estas experiências pretendidas, propostas em discurso manifesto, seja no âmbito dos fóruns de deliberação política, dos movimentos e entidades da luta anti-manicomial e particularmente no decorrer das relações cotidianas nos serviços de saúde mental e suas equipes.

A perspectiva de exercício do protagonismo por familiares e usuários coloca-se em um horizonte enquanto referência a mobilizar não só a criação de dispositivos, mas a constante análise de suas apropriações. Tais objetivos tem interpelado profissionais dos serviços e pesquisadores, bem como mobilizado familiares através de diversas iniciativas, em uma constante busca de condições que favoreçam sua atuação enquanto atores nos processos decisórios e de produção de cuidado e auto-cuidado. Nestas iniciativas, várias das modalidades de dispositivos de empowerment aqui elencadas são articuladas em diversas combinações.

### 3.4 Expressões e Iniciativas de Promoção de protagonismo das Famílias

As iniciativas e movimentos de promoção de empoderamento e protagonismo de familiares de usuários contam dentro de seu universo com experiências pré-existentes às iniciativas impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica. Dentre estas experiências figuram a de mútua ajuda, vinculadas à tradição dos doze passos, inclusive contando no caso destes grupos com dispositivo de familiares de seus membros, passando por organização de associações que foram constituídas autonomamente, conforme exemplos já mencionados em capítulo e seções anteriores, e com o posterior ampliação do universo de organizações de familiares e usuários a partir do ambiente dos serviços substitutivos.

#### 3.4.1 Exercício de protagonismo no âmbito de Conferências de Saúde Mental

No bojo do princípio de participação da comunidade nos espaços de formulação e deliberação das diretrizes de desenvolvimento da política de saúde, no âmbito do SUS, por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, passam os familiares junto com usuários a tomarem parte progressivamente das Conferências de Saúde Mental, mais expressivamente a partir da II, III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental de Comissões de Saúde Mental e de Conselhos e Conferências de Saúde.

É neste sentido sensível a visibilidade do segmento de familiares, particularmente no relatório da III Conferência realizada em 2001 ( ver anexo F), na qual a literatura registra um incremento significativo da participação de familiares. Ao longo de seu relatório, que servirá de referência para Conferência seguinte, destacam-se deliberações que orientarão desde a assistência à família orientada pelo princípio de integralidade, abrangendo suporte financeiro para que os familiares possam acolher usuários egressos de longas internações, até aquelas que indicam a participação de familiares nos processos decisórios sobre a política de saúde mental e condução do cuidado no cotidiano junto aos serviços substitutivos.

Cabe ainda ressaltar que a influência da produção a respeito do desenvolvimento de dispositivos de empoderamento ganha maior evidência com proposições de participação de familiares em programas de pesquisa e formação de trabalhadores de saúde. Considerando a relevância das orientações serem legitimadas por um espaço deliberativo, na qual debatem,

disputam e pactuam posições, gestores, trabalhadores, usuários e familiares; por isso mesmo, abre-se espaço para colocarmos em questão em que medida as proposições referentes à família refletem o protagonismo deste segmento no processo de formulação das mesmas ou, em contrapartida, refletem ainda aspirações de trabalhadores (nos campo da assistência ou pesquisa) de exercício de protagonismo pelos familiares.

Duas outras questões a serem também consideradas a respeito do exercício de protagonismo no espaço de conselhos e conferências no âmbito do SUS referem-se:

- a) ao fato de serem frações mobilizadas e organizadas (de representantes) dos segmentos da saúde mental que se fazem presentes nestes espaços de formulação e decisões, não sendo evidente o envolvimento mais amplo do universo de atores da saúde e da saúde mental neste processo no cotidiano por razões variadas;
- b) O resultado das conferências, inclusive em função do que foi exposto no item anterior, embora respaldem reivindicações consonantes com as deliberações, por vezes não se expressam no cotidiano dos serviços, sendo frequentemente ignorada pelos gestores nos mais diversos níveis, sendo uma questão que vem negativamente caracterizando a relação entre gestores e colegiados de controle social.

#### 3.4.2 Iniciativas de empoderamento e promoção de protagonismo em outros dispositivos institucionais

Também são observadas menções a participação da família no desenvolvimento da política e desenvolvimento de ações do campo da saúde mental; de forma genérica no artigo 3º da Lei nº 10216 de 2001 e de forma mais incisiva na portaria nº3088 que institui a Rede Atenção Psicossocial – RAPS, que, dentre suas diretrizes, determina no inciso IX de seu artigo 2º “Ênfase em serviços de base territorial e comunitária com participação e controle social dos usuários e de seus familiares”, demarcando a associação entre atenção psicossocial e participação de familiares e usuários na condução da política de Saúde Mental e seus serviços.

Em que pese a formulação e instituição de orientações e dispositivos oficiais em quase três décadas de experiências de formulações e práticas que vem forjando o modelo de atenção psicossocial e pouco mais de 14 anos em que a Reforma Psiquiátrica atinge status de Política

Nacional para saúde mental, o objetivo de promoção de condições de exercício de protagonismo persiste como questão a provocar mobilização no âmbito da gestão. Evidencia o ainda incipiente avanço neste campo e, ao mesmo tempo, aumento da atenção a esta questão a “Chamada para seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Fortalecimento do Protagonismo de usuários e Familiares; Trabalho; Cultura e Inclusão Social da Rede Atenção Psicossocial – 2015”, promovida pela Coordenação Geral de Saúde Mental no âmbito do Ministério da Saúde<sup>22</sup>. Tal iniciativa, que teve já em seu título destacada a relevância do protagonismo de familiares e usuários, apresenta já em sua justificativa a associação entre o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial vinculada à articulação de recursos do território em áreas como habitação, cultura e educação e trabalho, com fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares. É dado destaque, neste sentido, à perspectiva de transformação “das relações de poder entre as pessoas e as instituições” (Brasil, 2015). Evidencia-se já na justificativa da chamada para seleção de projetos, a perspectiva de incentivo a projetos de promoção de empoderamento, através de modalidades de ações diversificadas, apontadas pelas linhas de ação correspondente aos critérios de aprovação dos projetos que envolvem o incentivo a familiares e usuários em ações de:

- a ) mobilização e organização política em associações para reivindicação de direitos envolvendo atuação tanto no âmbito de movimentos do âmbito da sociedade civil como no âmbito institucional via conselhos defensoria pública etc.;
- b ) geração de renda e economia solidária;
- c ) educação inclusiva e continuada;
- d ) comunicação audiovisual e impressa;
- e) acesso à cultura, expressão artística e cultural.

Dentre as linhas de ação, destacamos a que é listada como primeira no edital intitulado como: **Protagonismo de usuários e familiares da RAPS**: Projetos voltados à participação direta de usuários e familiares nas estratégias de defesa de direitos e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz dos marcos regulatórios de direitos humanos em saúde

---

<sup>22</sup>Cabe notar que, tendo sido esta pesquisa concluída em período marcado pela crise e busca de apoio político pelo governo segundo Dilma Rousef que se refletiu na mudança drástica na gestão da Coordenação geral de Saúde Mental de Álcool e Drogas, a partir de dezembro de 2015 ,com a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho. A nomeação deste gestor com histórico de oposição ao Movimento pela Reforma Psiquiátrica, interrompeu a sequência de gestões exercidas por quadros vinculados à Luta Antimanicomial, o que dificulta a avaliação da continuidade das condições de desenvolvimento de ações desta ordem no âmbito do Governo Federal.



mental. Nesta modalidade de projeto, foram especificadas iniciativas que visavam o incentivo aos familiares a se organizarem em associações e participarem de fóruns como encontros e Conferências, mobilizações e atividades de formação voltadas a ações de reivindicação de direitos, além do intercâmbio com outros movimentos sociais..

Elemento também relevante nesta chamada é a reiteração da perspectiva de promoção do protagonismo no estabelecimento do critério de seleção que estabelece como requisito ao processo de produção do projeto a participação de usuários e familiares.

### 3.4.3 Sobre programas desenvolvidos por militantes da Luta antimanicomial no âmbito da academia.

#### 3.4.3.1 Projeto Transversões – Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais

Projeto de pesquisa em desenvolvimento desde 1993 no âmbito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 1996 lotado na Escola de Serviço Social da mesma universidade com apoio do CNPQ e sob coordenação do professor Eduardo Mourão Vasconcelos. De acordo com informações colhidas no blog do projeto<sup>23</sup>, este desenvolve variadas linhas de pesquisa em uma orientação transdisciplinar, conforme indica o nome acerca das abordagens psicossociais em diversas políticas públicas, mas com especial foco no âmbito da Reforma Psiquiátrica articula ações tanto no âmbito institucional através de consultorias como junto aos movimentos e entidades civis do campo da Luta antimanicomial, dando ênfase na atuação junto ao segundo campo. O projeto dedica especial atenção às experiências de usuários familiares de iniciativas autônomas por direitos, combate ao estigma, ajuda mútua e partilha de experiências de enfrentamento pessoal do sofrimento decorrente do adoecer. Suas ações são situadas em uma perspectiva estratégica, segundo a qual se afirma na sociedade garantia de direitos sociais universais em associação com garantia de direitos civis e políticos, correspondendo estes últimos à organização e mobilização política e exercício de controle social pelos setores em posições desfavoráveis e de opressão nos processos sociais.

---

<sup>23</sup>Projeto Transversões. Disponível em:

<http://projetotransverso.es.blogspot.com.br/search/label/Quem%20somos%20n%C3%B3s>. Acessado em :5 de maio de 2016.

É dentro do campo conceitual acima exposto que o projeto privilegia como eixo de ação o desenvolvimento de investigações, publicações e intervenções de promoção de empoderamento, especialmente junto a usuários, a familiares, através de sujeitos singulares ou de seus coletivos e fóruns. O projeto ainda promove ações junto a instâncias de gestão, controle social e assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, referenciado em uma análise das dificuldades de organização de mobilização política, especialmente dos segmentos em situações de vulnerabilidade, considerando as condições históricas do desenvolvimento da sociedade brasileira caracterizada por desigualdades e relações de concentração e hierarquização.

Tais ações junto a órgão do Estado podem ser analisadas enquanto iniciativas de construção de mediações entre o atual estágio de incipiente organização e mobilização da sociedade e de um pretendido estágio de maior participação política (no que concerne especificamente ao âmbito da saúde mental), por parte de familiares e usuários.

Destaca-se dentre as linhas de ação do projeto a realização e a capacitação de familiares e usuários dos serviços ou organizados em movimentos ou entidades próprias para formação de grupos de ajuda mútua e de suporte mútuos de familiares ou de usuários, não tendo os grupos caráter misto. Embora se tratem de dispositivos diferentes, conforme já discriminados na seção anterior, trataremos das características centrais, e pelas quais os grupos de ajuda mútua ou suporte mútuo venham a convergir em seus objetivos e possíveis efeitos. Teremos tão-somente o cuidado de precisar a respeito deles, que os grupos de ajuda mútua são situados pelo projeto Transversões como uma etapa primeira básica para que o familiar ou usuário possa outras se articular com modalidades de dispositivos de empoderamento e exercício de protagonismo. Trata-se de um dispositivo disponível para membros em diferentes estágios de lida com o sofrimento, desde aqueles para os quais o confronto com a experiência é recente, àqueles com percurso maior na lida com o adoecer. Caracteriza-se por ser o espaço no qual se encontraram membros no momento de elaboração ainda inicial da vivência traumática e, ao mesmo tempo, o de maior abrangência na medida que nem todos os membros familiares ou usuários necessariamente lançaram mão dos demais dispositivos ou espaços de empoderamento.

Os grupos consistem de espaços de troca de experiência de lida com o sofrimento e sobrecarga, acolhimento, apoio emocional, reconhecimento da importância de cada membro. Tem como uma característica marcante sua composição por pessoas que passaram por

experiência semelhante. Este elemento de identidade motiva a participação e proporciona maior receptividade mútua das experiências trocadas entre os membros do grupo.

Constituem-se em espaços de construção paulatina de confiança e rede de solidariedade que propiciam (no caso dos grupos de suporte mútuos) a articulação de espaços de convivência e colaboração e partilha no âmbito de tarefas cotidianas, momentos de lazer. Este espaço de solidariedade e confiança propiciam a configuração de referências de iniciativas coletivas que podem propiciar a mobilização e organização política de usuários e familiares na direção de luta por direitos. Aponta-se em consonância com os objetivos do dispositivo que a organização de suas reuniões se desenvolvam orientadas pelo exercício de autonomia dos seus membros, que, uma vez capacitados por facilitadores do projeto, passam a assumir a coordenação dos mesmos. Diga-se ainda sobre a capacitação de familiares usuários que o projeto também forma dentre estes facilitadores, visando a habilitar outros familiares e usuários a conduzirem coletivamente novos grupos de ajuda mútua e de suporte mútuo.

Além da presença dos facilitadores, o Projeto Transversões nos serviços de saúde mental, orientando a capacitação, seja nos serviços de saúde mental ou no âmbito do movimento da luta antimanicomial, difunde o conhecimento e a experiência de dispositivos de ajuda mútua e suporte mútuo através de publicações como o “Manual:ajuda e Suporte Mútuos” e a “Cartilha: ajuda e suporte mútuos em saúde mental”<sup>24</sup>.

Este tipo de grupo tem papel estratégico dada sua abrangência e acessibilidade, estendendo-se desde aqueles componentes em período de maior vulnerabilidade em período inicial de vivência com o situação de sofrimento àqueles com maior experiência e por vezes participantes de outros dispositivos.

A passagem a outros espaços e situações de empoderamento não exclui a continuidade da participação em grupos de mútua ajuda e nos grupos de suporte mútuo, ao mesmo tempo que nem todos os segmentos de familiares ou usuários participarão, por exemplo, de ações de militância em associações ou conselhos de saúde.

Para além do foco em segmento cuja visibilidade era ofuscada pela urgência colocada ao Movimento da Luta Antimanicomial de desinstitucionalizar os usuários a longa data em regime asilar, o Projeto Transversões tensiona o campo de produção de conhecimento e práticas da Reforma Psiquiátrica, enfatizando a condição da família não como uma

---

<sup>24</sup> Publicações editadas em convênio com o Ministério da Saúde através Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas no ano de 2013.

coadjuvante necessária, mas a sua perspectiva de exercício de protagonismo através de uma produção contínua e abrangente de investigação e intervenções em espaços institucionais.

3.4.3.2 Familiares Parceiros do Cuidado: Estudo sobre os efeitos de uma intervenção baseada em orientação e suporte social, com familiares de pacientes com transtornos mentais severos no SUS.

Projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde o ano 2011, sob Coordenação de Pedro Gabriel Delgado, ex-coordenador nacional de Saúde mental e liderança da primeira geração de militantes do Movimento da Luta Antimanicomial.

O projeto articula pesquisa e extensão e focaliza a condição dos familiares de portadores de transtornos mentais severos de agentes do cuidado, e as implicações e demandas decorrentes desta posição, bem como os efeitos de intervenções de orientação e suporte a este segmento.

Também absorve as referências a concepções de *recovery* (recuperação) protagonismo, autonomia e empoderamento<sup>25</sup> de familiares, mas dando maior ênfase à noção de parceria através da partilha de ações de cuidado ao usuário e na construção de saberes a respeito destas práticas. Neste processo, as experiências e vivências dos familiares assumem status de elementos na construção do conhecimento junto a profissionais e pesquisadores.

A concepção de parceria desenvolvida neste projeto encaminha-se para superação da colaboração subalterna a que a família é relegada já no próprio processo de preparação de cada atividade, a exemplo do primeiro ciclo de encontros em 2011, que foi precedido de uma oficina com participação de familiares, profissionais e pesquisadores, visando o planejamento e sistematização de temáticas de interesse dos familiares a serem abordadas na programação, tais como: experiência de ser familiar de portador de transtornos mentais, sobrecarga no processo de cuidado; experiências no relacionamento cotidiano com o portador de transtornos

---

<sup>25</sup> Importante registrar a respeito do atravessamento dos conceitos de empoderamento, protagonismo e autonomia a relação desta influência com a participação de Eduardo Mourão Vasconcelos (coordenador do Projeto Transversões, na condição de Consultor).

mentais; noções de psicofarmacologia; psicopatologia; acesso e direitos a benefícios previdenciários. ( Projeto Familiares Parceiros do Cuidado/NUPPSAM, 2011).<sup>26</sup>

Realizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, o projeto foi orientado de modo a privilegiar a via de parceria institucional entre o NUPPSAM, os Centros de Atenção Psicossocial<sup>27</sup> e Coordenações Municipais de Saúde Mental, visando acessar os familiares de usuários de CAPS. Entre 2011 e 2015, foram realizados ciclos de encontros abrangendo o conjunto da região metropolitana e ciclos locais. Neste mesmo período os ciclos realizados culminaram nos anos em que foram realizados em quatro congressos, reunindo os familiares participantes, gestores e trabalhadores das redes de saúde mental abordadas pela programação, visando avaliar o projeto e discutir de forma integrada as experiências de cuidado desenvolvido pelos familiares aos Portadores de Transtorno Mental, além de experiências referentes à organização de familiares em associações e suas iniciativas.

No último Congresso, dada a demanda de continuidade da articulação entre os participantes e das atividades de “intercâmbio, empoderamento, suporte, participação social”, foi consolidada a articulação do Círculo Familiares Parceiros do Cuidado constituído no Primeiro Congresso, reunindo familiares participantes, profissionais de serviços e pesquisadores.

Sobre as programações dos ciclos desenvolvidos numa média de 5 encontros nos finais de semana, são estruturadas por diretrizes correspondentes as modalidades de atividades neles realizados, nas quais constam:

- a) educação em saúde – através de palestras cujos temas são selecionados com a participação de familiares, sendo este um espaço de intercâmbio entre o saber acadêmico e dos profissionais com o saber produzido pelos familiares, sendo um espaço de capacitação entre pares;
- b ) ajuda mútua e solidariedade – através de rodas de conversas – nos quais os familiares de usuários de diferentes CAPS trocam experiências sobre o cotidiano de cuidado das pessoas com transtornos mentais, sendo atividades restritas aos familiares e facilitadores que, integrando a equipe de pesquisa, tinham neste espaço mais um campo de obtenção de informações;
- c ) Suporte mútuo – através de atividades lúdicas realizadas coletivamente.

---

<sup>26</sup>Relatório Resumido da I Oficina do Projeto Familiares Parceiros do Cuidado.

<sup>27</sup> Não foram incluídos os CAPS –ad em função da especificidade da clínica.

Como parte do processo de avaliação e parceria na formulação do projeto são realizadas, após os ciclos, reuniões devolutivas nos serviços CAPS cujos familiares participaram do ciclo, com a presença de profissionais e dos familiares.

As atividades realizadas na programação, além de proporcionarem experiências diferenciadas aos familiares e servirem de espaço para realização de pesquisa, também apontavam para as famílias e serviços outras possibilidades de campos de vivência e intervenção na direção da abordagem e suporte aos familiares.

Cabe aqui ressaltar que este projeto contém referências de modalidades de dispositivos de protagonismo que começam a despontar referente à participação de usuários e familiares no processo de pesquisa enquanto parte da equipe de pesquisa. Da mesma forma, está presente a referência da posição do familiar enquanto integrante das equipes de capacitação. Tais dispositivos estão presentes em outros projetos constituindo proposições presentes em relatórios de Conferências e Saúde Mental.

Para além dos conceitos que atravessam o projeto e a própria relevância dada ao posicionamento da família -- enquanto co-autora do processo de cuidado que também precisa ser atendida em suas próprias demandas e suporte e de condições de existência -- reflete a tendência de tensionamento das questões e demandas dos familiares sob o campo de saberes e práticas da Reforma Psiquiátrica.

Avaliamos que se trata de um desdobramento do processo de desinstitucionalização para os familiares que passam a assumir, de forma sistemática, o cuidado do portador de transtorno mental, e também para profissionais e gestores e formuladores da reforma que passam a lidar com “novos parceiros,” suas demandas e pressões. Esta ampliação no campo de abordagem torna-se emblemática, na medida em que se exprime em projeto de pesquisa conduzido por Pedro Gabriel Delgado, um quadro destacado do desenvolvimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira e que faz uma inflexão em sua produção, antes focalizada na construção de condições para sustentação da existência dos usuários fora dos manicômios e na comunidade.

Tal tensão sobre o campo e sobre sua trajetória parece ser expressa pelo próprio personagem em seu prefácio à “Cartilha: Ajuda mútua e suporte mútuos em saúde mental”:

Na fase atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira penso que existem duas fronteiras principais que devem ser desbravadas. Uma é a da intersetorialidade, conforme apontada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (...) A outra fronteira para a consolidação da Reforma é justamente a do fortalecimento das ações solidárias e produtoras de autonomia, desenvolvidas por usuários e familiares, em cooperação com os profissionais e a sociedade em geral. (2010, p.8).

### 3.4.3.3 Uma experiência de posicionamento e autônomo no interior do Movimento da Luta Anti-manicomial

Conforme já assinalado no capítulo anterior, são minoritárias no âmbito da Saúde Mental as experiências autônomas de mobilização e organização de familiares de usuários. Vasconcelos (2007), aponta que grande parte das associações que organizam os familiares surgiram durante a década de 1990, quando começa a se desenvolver a rede de serviços substitutivos (dentre os quais figuram os CAPS) onde serão gestadas estas entidades.

Tal vinculação entre expansão do universo de associações que organizam familiares de portadores de transtorno mental se dá em consonância com a caracterização do período inicial do processo de desenvolvimento dos movimentos de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica vistos em sua abrangência (local e nacional), organicidade e orientação política enquanto iniciativa de trabalhadores de saúde mental e atores do meio acadêmico (Vasconcelos, 2007 e 2008) tendo sido os segmentos de familiares mobilizados por estes a ingressar no movimento ou, por outro lado, provocados a se mobilizar em oposição ao processo de Reforma Psiquiátrica<sup>28</sup>.

Com semelhante caracterização (VASCONCELOS, 2007 e 2008), as entidades que organizam os familiares de portadores de transtornos mentais surgiram no interior das redes de serviços substitutivos estimuladas e mantidas com apoio de profissionais e por vezes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Esta dependência do suporte institucional e dos profissionais se expressa no caráter misto da composição das associações, que reúnem usuários, familiares e profissionais que se enquadram na categoria “amigos” presente na denominação das associações.

Vem sendo constatada por pesquisadores do campo, uma crescente participação dos segmentos de familiares nos fóruns institucionais da Reforma Psiquiátrica e do movimento da luta antimanicomial; neste contexto de incremento quantitativo da participação de frações de familiares e usuários nos espaços de debates, deliberação e mobilização da luta Antimanicomial. Por outro lado, com maior frequência esta participação de familiares e

---

<sup>28</sup>Aqui nos referimos a um posicionamento reativo tanto dos segmentos de familiares que aderiram à formação do Movimento de Luta Antimanicomial, em 1987, como aqueles que no início da década de 1990 responderam a tramitação do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado (cujo desdobramento foi a lei nº 10216 de 2001), organizando a Associação de Familiares de Doentes Mentais- AFDM em oposição à proposição de desinstitucionalização.

usuários, vem sendo percebida, numa condição de coadjuvação face às iniciativas dos trabalhadores de saúde mental. Surgem no entanto, indícios de possível modificação qualitativa na participação de familiares neste tipo de espaço. Torna-se possível tal análise a partir da iniciativa de familiares e usuários no âmbito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial<sup>29</sup>.

Nos mais de dez anos de existência deste movimento, os segmentos de usuários e familiares vem sustentando a experiência de realização de uma série de onze encontros nacionais de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Anti-Manicomial em dias contíguos e com compartilhamento de infra-estrutura dos Encontros Nacionais do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (doravante, MNLA), sendo este último fórum comum, com profissionais e demais militantes do movimento.

Nos Encontros Nacionais de Usuários e Familiares somente estes dois segmentos tem direito a votos e os demais segmentos de militantes, dentre os quais os profissionais, direito a voz. Diga-se ao mesmo tempo, que tal iniciativa assegura o atendimento da demanda de familiares e usuários terem espaço próprio, não em uma inevitável abordagem fragmentada, aut centrada por parte de familiares e usuários, uma vez que o acesso com direito a voz de trabalhadores e militantes nas plenárias do encontro são garantidas. Por outro lado, estes encontros são realizados, até mesmo por questão estruturais nos mesmos locais e dias que antecedem o Encontro Nacional (geral) do MNLA, resguardando a possibilidade de manutenção de uma perspectiva ampliada da luta antimanicomial.

A sustentação deste espaço, mesmo diante de divergências e polêmicas junto ao órgão de direção do movimento, evidencia um processo de consolidação de um posicionamento autônomo das frações de familiares e usuários, tal como foi expresso através da oposição destes à proposta da Secretaria Executiva Nacional Colegiado do MNLA de fusão; diga-se dissolução do encontro nacional realizado por usuários e familiares no encontro nacional do conjunto do movimento conforme relatório do XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares cuja transcrição segue abaixo:

A Comissão Organizadora do XI Encontro de Usuários e Familiares, composta por usuários e familiares do MNLA, propôs como estrutura do Encontro a realização de uma Plenária Única para discutir e deliberar sobre a continuidade do formato de Encontros Nacionais de Usuários e Familiares distintos dos Encontros Nacionais do MNLA ou a alteração de formato com a realização de um Encontro Nacional do MNLA unificado e também para

---

<sup>29</sup>Movimento originado da crise política e consequente divisão do Movimento de Luta Anti-manicomial ocorrida no último encontro unificado no ano de 2001, de onde derivou também outra referência de polarização do movimento: A Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA.



escolher o representante de usuários e o de familiares para a Comissão Intersetorial de Saúde Mental / CISM.

Considerando que a Plenária Única do Encontro de Usuários e Familiares seria aberta a todos os delegados inscritos no XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares e no X Encontro Nacional do MNLA, usuários e familiares convocaram uma reunião prévia, informal, para debater o tema somente entre si. Esta reunião aconteceu às 9h do dia 30 de maio, em local distinto daquele reservado à Plenária Única e contou com a presença de 70 (setenta) delegados. Após discussão acirrada, formou-se um consenso entre os usuários e familiares presentes: “Encontros Nacionais de Usuários e Familiares serão realizados em separado dos Encontros Nacionais do MNLA, com dois dias reservados para cada Encontro e um dia em comum para a Inscrição, Alojamento e Abertura dos Eventos, perfazendo um período total de cinco dias”, ao invés de quatro dias como nos dois Encontros de 2014. (2015, p. 38).

Optamos pela transcrição deste relatório, e não ao referente à votação da Plenária Unificada do XI Encontro de Usuários e Familiares, que aprovou por ampla maioria a realização a manutenção de ambos os encontros em separado, pelo fato de dar indícios de modo privilegiado ao processo de articulação política autônoma na qual se evidencia exercício de protagonismo por parte de familiares.

Embora esta análise se refira à ações de uma fração de familiares, numericamente ínfima diante do universo de famílias que não estão organicamente vinculados a fóruns e articulações da luta antimanicomial, o processo abordado ocorre em um espaço de articulação política de um dos principais movimentos civis da luta antimanicomial no país, decorrente de um percurso histórico iniciado com a formação do Movimento da Luta Antimanicomial, no qual os familiares foram convocados a aderir ao processo em posição de apoiadores das bandeiras e direção política formulada pelos trabalhadores de Saúde Mental.

A análise da passagem relatada nesta seção do trabalho conduz a um questionamento permanente sobre o protagonismo que a política da reforma psiquiátrica e mesmo o movimento da luta anti-manicomial se dispõem a sustentar.

### **3 .5 Promoção de Protagonismo da família na Reforma Psiquiátrica: o fino equilíbrio entre emancipação e subordinação ativa**

Ao longo deste capítulo e nos anteriores, tratamos de temas referentes à condição da família de cuidadora a que foi conduzida no âmbito da Reforma Psiquiátrica, afirmando-se a diretriz de tratar a pessoa com transtornos mentais no âmbito da comunidade. Cabe neste ponto reiterar que parcelas de familiares foram chamadas a integrar o movimento de luta capitaneado pelos profissionais de saúde mental com vistas à mudança do modelo de assistência, e posteriormente ampliaram a capilaridade de sua organização, estimuladas pelo ambiente da rede de serviços substitutivos que começavam a ser criados na década de 90. Por outro lado, outros segmentos de familiares, por temor das repercussões do processo de desinstitucionalização sobre as condições de tratamento da pessoa com transtorno mental e sobre a vida familiar, passaram também a se mobilizar e organizar chegando a se articular nacionalmente através da AFDM, com suporte dos segmentos opositores.

Tratam-se de dois posicionamentos de familiares diante do que previamente fora formulado e articulado tanto pelos trabalhadores de saúde mental na assistência e na academia considerando – se por outro lado, que também compõem o cenário o posicionamento de entidades médicas e representantes de interesses dos hospitais privados em contraposição a atual Reforma Psiquiátrica.

É neste contexto que, a partir da década de 90, pode-se fazer análise das movimentações dos familiares, especialmente das pessoas com transtornos mentais adultos no campo da saúde mental. O exercício do protagonismo pelos familiares não é analisado, neste trabalho, em uma perspectiva segundo a qual se buscaria detectar ações de familiares baseadas em referenciais autocentrados, mas, sim, a partir das relações que estabelecem com práticas e saberes de outros atores.

A partir desta posição, me disponho nesta análise a observar as condições de gradação de subordinação e de protagonismo, por exemplo, de familiares da AFDM em sua relação com o saber psiquiátrico, as entidades médicas e hospitalares e, por outro lado, também o mesmo enfoque para os familiares e entidades que se mobilizam de diferentes formas no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Dada minha implicação com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e a temática do trabalho, é alvo do esforço aqui empreendido a problematização de alguns elementos que, em minha avaliação, caracterizam as condições de protagonismo no âmbito da Política

Pública de Reforma Psiquiátrica a partir de alguns documentos normativos, já considerando o que foi anteriormente explicitado sobre o posicionamento da família enquanto partícipe do processo de cuidado a ser dividido com o Estado através dos serviços substitutivos, conforme explicitado pela Lei nº10216 de 2001.

Esta presença da família, enquanto sujeito envolvido no processo de cuidado, já é indicado através das portarias GM nº 336 de 2002 e SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, nas quais estão previstos o atendimento à família enquanto diretriz de funcionamento dos serviços de saúde mental.

A segunda portaria editada em período de predomínio de Hospitais Psiquiátricos, enquanto referência de atendimento de saúde mental, reitera a função da família no cuidado, ao aponta-la como alvo de abordagem das equipes visando orientação quanto ao diagnóstico, projeto terapêutico e alta. Por sua vez, através da Portaria que institui a Rede de atenção Psicossocial publicada em 2011<sup>30</sup>, as referências à família a situam nas seguintes condições:

- a) Como participante do Controle Social, entenda-se como a possibilidade de integrar Conselhos e Conferências possibilitando a participação no processo de formulação, decisão e fiscalização sobre o funcionamento dos serviços ou desenvolvimento da Política de Saúde Mental;
- b) Participação no processo de construção do Projeto terapêutico que orientará o cuidado do paciente em conjunto com o serviço.

Através da Portaria nº 106/MS de 11 de fevereiro de 2000, que regulamenta o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos voltados a usuários submetidos a regime de abordagem asilar prolongado, a função da família é indiretamente indicada pela explicitação de critérios, dentre os quais se destaca a condição do paciente de longa permanência em instituição asilar não ter suporte social e não ter família. Também entre os critérios de admissão em Serviço Residencial Terapêutico – necessariamente associado à condição de não ter vínculo familiar – está incluída a situação de grave dependência institucional “sem possibilidade de desfrutar de inteira autonomia”. Neste sentido, é pertinente apontar que, em decorrência dos critérios de admissão explicitados pela portaria, que no caso de usuários com as mesmas características que tenham vínculo com suas famílias, caberá a seus familiares lidar com complexidade envolvida no seu cuidado. Esta incumbência delegada

---

<sup>30</sup> A portaria publicada em 23 de dezembro de 2011 pelo Ministério da Saúde, através do Gabinete do Ministro de nº 3088, e republicada em 21/05/2013, institui a Rede Atenção Psicossocial para Pessoas com Transtornos Mentais e Necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, dentro da concepção de que o usuário e sua família no curso de sua vivência com transtorno necessitará de suporte de mais de um serviço ou programa de saúde ou de outros setores de política pública.

a família, e a reabilitação psicossocial e que envolve inclusive a recuperação da capacidade de organização do usuário em ambiente doméstico, ainda que com suporte de serviço de saúde mental de base territorial.

No âmbito das resoluções de Conferências, particularmente na III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental<sup>31</sup>, é reafirmada a condição da família enquanto participante na formulação, acompanhamento da política de saúde mental e na elaboração e desenvolvimento do projeto terapêutico no cotidiano dos serviços. Também é reafirmada, no que concerne aos familiares, a condição de segmento a receber assistência e suporte juntamente com o os usuários (no âmbito de uma rede intersetorial). A estas prerrogativas são acrescidas, nas resoluções das conferências as posições de público alvo de programas de capacitação e formação no campo da saúde mental (junto com trabalhadores estudantes e gestores) e, ao mesmo tempo, de membros de equipes responsáveis pela formulação e o desenvolvimento destes programas de formação e capacitação. Tal participação nas equipes de programas de capacitação, visa a valorização do saber desenvolvidos pelos familiares no cotidiano de cuidado.

É expressivo o apontamento que consta nos relatórios, da necessidade de estímulo ao exercício de protagonismo por parte de usuários e familiares, através do incentivo à organização em entidades, mobilização através de assembleias nos serviços, indicando ser este processo ainda pouco desenvolvido e com pendências do ponto de vista dos defensores destas diretrizes.

Tais proposições em prol do incremento da participação de familiares, desde a construção e acompanhamento do projeto terapêutico de seus familiares em tratamento até a participação em espaços de entidades civis e instâncias de controle social, inclusive pela frequência com que surgem nos relatórios, fortalecem os indícios de que estas mesmas proposições das conferências sejam formuladas ou ao menos apreciadas por uma fração, embora representativa e crescente dos familiares, mas, por outro lado, diminuto face ao universo de familiares de pessoas com transtornos mentais.

---

<sup>31</sup> Fazemos este destaque especialmente a estas Conferências pelo fato de nelas ser registrado aumento expressivo da participação de familiares, bem como da sistematização de proposta envolvendo o segmento em grande frequência e diversidade ao longo do documento.

Para efeito de localização temporal e destaque à persistência das questões apontadas no tocante ao protagonismo de familiares é relevante registrar que a III Conferência foi realizada no de 2001 e a IV em 2010, tendo esta última sido Intersetorial, reunindo atores relacionados a outras políticas públicas.

### 3.5.1 Proposições de Participação e exercício de protagonismo: prescrição de conduta ou instrumentos de emancipação?

O próprio viés de enfrentamento e superação das práticas asilares, na direção da articulação do portador de transtornos mentais com os mais variados atores e processos da vida social situa a luta antimanicomial, em tese, num percurso emancipatório proposto pelos trabalhadores de saúde mental, em primeiro momento voltados aos usuários submetidos às condições degradantes dos manicômios e à homogeneização da percepção de suas existências segundo o paradigma biomédico. A ruptura com este campo de práticas e saberes aponta para práticas e abordagens que favorecessem a apreciação e acolhimento singularidade do sujeito em sua relação com o sofrimento. Propõe-se uma relação de poder com menor disparidade entre os que tratam e os que recebem tratamento, em nome da afirmação da cidadania dos segundos. No entanto, esta relação de poder dispare, se mantém no curto prazo, ainda que em nome da construção de condições para que o usuário possa no curso do desenvolvimento da proposta de abordagem orientada pela Reforma Psiquiátrica, ocupar outros lugares diante da equipe responsável por seu tratamento e junto a outros atores na sociedade.

No tocante à família, a proposição de seu protagonismo se segue à visibilidade que esta passa a ter, uma vez colocada a questão da sustentação da vida do portador de transtorno mental fora do manicômio, cuja resposta induzida pela Política da Reforma Psiquiátrica é atribuição à família a tarefa de cuidado, ainda que partilhado pelos serviços substitutivos. Desta forma, as proposições de participação e exercício de protagonismo se dão dentro dos marcos pré-estabelecidos da Reforma Psiquiátrica elaborados por profissionais<sup>32</sup> e gestores do campo.

Da mesma forma, as propostas de dispositivos em prol do empoderamento e exercício de protagonismo no cenário Brasileiro tratam-se, pelo menos em primeiro momento, de iniciativas e perspectivas apontadas por profissionais implicados com a Reforma. Em favor desta avaliação, mais uma vez me reporto a análise de Vasconcelos (2008) a respeito das marcas das condições de desigualdade e do percurso histórico de estabelecimento de relações sociais extremamente verticalizadas que obstaculizam iniciativas de organização e

---

<sup>32</sup>Entenda –se aqui por profissionais do campo não somente os trabalhadores envolvidos diretamente na assistência, como também aqueles que desenvolvem suas atividades a partir do campo acadêmico.

mobilização dos setores imersos em situações de maior precariedade na sociedade, conforme apontado na seção anterior. Também corrobora esta análise, a ênfase com que são reiteradas as proposições nas duas últimas conferências de Saúde Mental em prol da participação e mobilização de usuários e familiares. A mesma análise faço da “Chamada de Projetos Protagonismo de usuários e familiares da RAPS”, indicativa da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2015, já abordada em seção anterior.

Reafirmamos que não são ignoradas a diversidade de experiências de presença e atuação de familiares, associações, movimentos em conselhos de saúde, comissões de saúde mental, mas, por outro lado, tratam –se de frações do universo de familiares de pessoas com transtornos mentais.

Ainda que fosse possível afirmar que as frações das famílias mobilizadas e organizadas constituem parcela majoritária dos familiares de transtorno mental, para que seja viável afirmar o exercício de protagonismo por parte destas, será necessário analisar de que forma estes familiares se vinculam a estes dispositivos de empoderamento e que estimulam o exercício de protagonismo. Neste sentido, a participação em determinados espaços de deliberação, mobilização e organização, previstos como instrumentos de empoderamento e exercício de protagonismo, não corresponde necessariamente dizer que estes mesmos participantes estejam de fato empoderados e se posicionando como protagonistas. Assim sendo, a presença de familiares neste tipo de espaço pode se dar, por exemplo, para atender às expectativas e prescrições da equipe de um dado serviço ou de forma geral da política de saúde mental sem que necessariamente as relações de poder entre as famílias, as instituições de assistência, seus profissionais e gestores se alterem.

Desta forma, o exercício do protagonismo não estaria dado a priori pela atuação dentro de dispositivos e programas previamente propostos, mas desde a forma de apropriação destes pelos familiares; a superação e reformulação das estratégias pelas famílias e mesmo pela franca oposição a eles.

No campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para os gestores e profissionais, para além da promoção de ações em prol do empoderamento e protagonismo de usuários e familiares, está colocado o desafio de reconhecer a ocorrência destes processos, mesmo quando acontecem de formas que escapem ou se oponham aos marcos e eixos previamente estipulados pelas equipes ou pela política de saúde mental. Este reconhecimento, por parte de trabalhadores e gestores de saúde mental, é condição imprescindível para que estes possam acolher e abordar as famílias e usuários com suas singularidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avalio que a problematização das condições de empoderamento e exercício de protagonismo de segmentos sociais como usuários e familiares de serviços de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, que em função de suas situações específicas mantêm um vínculo mais estreito e contínuo com o Estado, em comparação com o conjunto da sociedade, não possa prescindir de uma abordagem que minimamente considere diferentes concepções e projetos políticos que orientam tanto a organização e funcionamento do Estado. Estes mesmos referenciais políticos, influenciam a intensidade e direção da mobilização dos atores na busca de conquistas e afirmações de direitos e interesses.

Neste ponto, é relevante o resgate da análise realizada no primeiro capítulo a respeito das diferentes concepções de condução das políticas públicas que orientam o grau de envolvimento do Estado e da sociedade nas ações de garantia de bem-estar. Foram abordadas naquele capítulo duas perspectivas, segundo as quais as políticas públicas se dirigiam aos cidadãos e as famílias: a Protetiva e a Familista.

Nos termos da primeira concepção, as ações de sustentação e proteção da vida estão vinculadas em sua execução e repercussões às condições sociais e econômicas nas quais a família está inserida. Estas condições, portanto, não são enfocadas como que exclusivamente referentes à estruturação ou capacidade de reunir recursos da família supostamente decorrentes de sua composição ou dinâmica interna, mas vincula-se a fatores como as condições nas quais são produzidos os recursos materiais na sociedade, a forma pela qual estes recursos são distribuídos. O usufruto universal ou restrito do resultados do que é socialmente produzido vincula-se às relações de produção vigentes na sociedade e por outro lado, à definição do papel do Estado na sua função de distribuição da produção social através de insumos e serviços.

Tal compreensão, conforme apreciamos no primeiro capítulo, desdobrou-se em diversas sociedades em sistemas de bem-estar social orientados pela universalidade das políticas públicas conduzidas pela noção de direito de cidadania. Essa conformação foi intensa e amplamente desenvolvida até a década de 90, através de diversas experiências, com destaque na Europa tanto nos países socialistas como nos países do ocidente europeu, marcados por histórico de intensas lutas sociais com fortalecimento de movimentos da sociedade e sindicais e ascensão aos governos de partidos ligados a estes segmentos. Também se soma aos fatores conjunturais que contribuíram para constituição destes sistemas de bem-

estar social, o expressivo desenvolvimento econômico, constatado até a década de 70 do século XX.

Esta orientação das políticas públicas, não só descentraliza a função de assistência da família, mas situa seus membros como portadores de direitos que, em algumas experiências terão acesso a mecanismos de controle social e participação no processo de deliberação sobre a direção das ações de proteção social.

A segunda perspectiva orienta a ação estatal, no sentido da assistência e proteção, na medida em que os sujeitos e suas famílias não tenham recursos para assegurar aos seus membros os bens e serviços (saúde, educação, habitação, previdência dentre outros etc.), necessários ao desenvolvimento e manutenção da vida. Entenda-se por recursos não apenas os materiais, mas aqueles referentes às condições de articulação interna entre seus membros e com a comunidade (entendendo-se aí vizinhança, associações, instituições filantrópicas etc.). Tal concepção, que atribui à família papel central e intransferível na realização das funções de proteção social, está inserida em um modelo de seguridade social em que se propõe a articulação do Estado, mercado e sociedade civil através de instituições filantrópicas, entidades do Terceiro Setor, família, de modo a partilhar a responsabilidade de prover acesso a atividades essenciais. Concebe-se, conforme já assinalado, um sistema de bem-estar social misto – conceito que recebe a denominação de *Welfare Mix*.

Conforme já apontado no primeiro capítulo, a proposta de divisão de responsabilidade de desenvolver políticas de proteção social de articulação com outros segmentos da sociedade, para além do setor estatal, propicia a assimilação das concepções de desinstitucionalização e constituição de rede no território, agora reapropriados em uma direção na qual combina-se promoção de articulação comunitária com substituição sistemática das ações do Estado. Por desdobramento, no ambiente conceitual do familismo são também revisados os sentidos atribuídos às noções de autonomia e protagonismo. Se originalmente os termos autonomia e protagonismo se referem – respectivamente à possibilidades dos sujeitos atuarem de modo que estabeleçam uma diversidade de vínculos no âmbito social, visando produzir as formas pelasquaisatingirão seus objetivos ou atendimento de demandas e ao mesmo tempo aquisição de capacidade para influir sobre os processos que incidem sobre sua existência— na releitura da concepção de *Welfare Mix*, esses conceitos estarão associados a noção de autodeterminação e na total responsabilização do sujeito ou da família pelo provimento de suas necessidades em um mesmo período que o Estado passa a não responder por elas.



Uma vez que referenciadas em uma noção de família provedora e, portanto, vocacionada a assegurar as condições de vida de seus membros, aquelas que não o fazem passam a ser assistidas pelo Estado enquanto famílias inábeis, desestruturadas e sem autonomia. Estarão sujeitas, assim, a ações que não apenas articularão o provimento imediato de necessidades, mas, também, a intervenções que visem a organização e autonomia da família e sua articulação com a comunidade; esta também incluída no processo de mobilização visando dar suporte à família e outros membros que necessitem.

Constato, que ocorre uma crescente difusão das noções acima descritas, em uma sociedade na qual não apenas tende a se tornar hegemônica a perspectiva de suprimento das demandas de serviços públicos pelos sujeitos e suas redes pessoais de suporte. Por outro lado, vimos também que está cristalizada, no sistema legal brasileiro, a concepção de família vinculada ao cuidado dos seus, sobretudo os mais vulneráveis. Portanto, neste cenário, não são estranhas no âmbito de qualquer política pública, posicionamentos por parte de trabalhadores responsáveis pela assistência, de viés disciplinar e culpabilização em suas abordagens às famílias e à comunidade, ainda que por exemplo: em nome de ideais libertários de cuidado à pessoa com transtornos mentais, em sua inserção na comunidade ou (mesmo quando lembrada pelas equipes ) a missão de promover o protagonismo e empoderamento das famílias.

Deve ser um elemento de análise dos processos e ações de desenvolvimento de políticas públicas, as apropriações de termos e conceitos, de modo que estes se tornem dispositivos a serviço de operações que resultem no contrário do que uma leitura descontextualizada de seu significado possa sugerir. Neste mesmo sentido, contribuições como as de Montaña (2014), sinalizam que expressões e conceitos nos quais se referenciam movimentos, organizações partidárias e de intelectuais, vinculados às lutas por direitos para setores submetidos a opressões e formas de exploração, na atualidade, são passíveis de captura por campos políticos opostas a seus objetivos originais. Estes referenciais conceituais e políticos, são por vezes submetidos a instrumentalização no contexto de projetos políticos e estratégias que articulam interesses dos setores que visam a intensificar a concentração dos resultados da produção social, através de intensificação da exploração do trabalho, retirada de direitos pela mercantilização de serviços essenciais. Tais processos estão associados à retração da presença e investimento do Estado nas Políticas Sociais, caracterizando o modelo de concentração de recursos da produção social identificado como neoliberalismo.

Montaño, ao desenvolver a linha de análise acima exposta, delinea o contexto no qual organismos internacionais, como Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, junto a governos nacionais, articulam estratégias e projetos nos quais a apropriação de conceitos como participação, autonomia, empoderamento, imprimiriam os objetivos de:

- a) promover perspectivas fragmentadas e auto-referidas dos fenômenos de amplo alcance social que afetam os sujeitos, classificadas pelo autor como “hipervalorização da vivência, percepção e significados subjetivos de cada indivíduo” em detrimento da realidade objetiva;
- b) promoção de consenso em torno da responsabilização dos sujeitos (individuais e coletivos) sobre as repercussões dos processos econômicos, políticos e sociais de modo a legitimar a desresponsabilização do Estado com a promoção das condições de desenvolvimento da vida.

Montaño e autores que atuam a partir desta perspectiva, sinalizam em viés de análise generalizante que conceitos como protagonismo, autonomia e empoderamento ao contrário de uma função emancipadora tal como sugeririam, ao serem apropriados na perspectiva neoliberal, contribuem para auto-culpabilização dos sujeitos em situação de vulnerabilidade. Na abordagem aqui analisada, estes termos, produzem percepção de aquisição de poder enquanto uma possibilidade ou uma prescrição a ser seguida, ignorando-se o processo de lutas sociais. Em última instância, nas palavras de Carvalho (2014): “tais conceitos se prestariam ao arrefecimento da luta de classes, bem como das instâncias orgânicas de universalização e organização das lutas dos trabalhadores”(p.169).

Ressalto neste campo de análise, que tem por referencial a perspectiva marxista, a contribuição de dar evidência às articulações conceituais de ampla abrangência, sobretudo no campo das políticas públicas onde está inserida a Reforma Psiquiátrica, fornecendo significado prescritivo e disciplinar sob termos que, lidos isoladamente ou pelo histórico, transmitiriam sentidos emancipatórios e progressistas. Tal sentido de responsabilização dos sujeitos, que se desenvolvem concomitantemente com o afastamento do Estado, tende a se naturalizar na sociedade e a conformar a interpretação dos trabalhadores que operam as políticas públicas. Esta linha de análise ganha relevo nos momentos como o período no qual este trabalho é produzido, caracterizado pelo recuo do Estado face às suas funções de prestar serviços essenciais à promoção e manutenção da vida, impulsionando sua mercantilização, processo que se dá acompanhada de restrição de direitos previdenciários e trabalhistas, dentre outros.

A contribuição teórica do campo acima abordado constitui um relevante instrumento de análise e advertência a respeito das condições segundo as quais, o exercício de autonomia e protagonismo, pelos segmentos que buscam direitos, podem ser conduzidas em sentido inverso, de modo a inclusive a manter a hierarquização das relações. Estas reflexões são apropriadas neste trabalho por sua porfundida e ênfase, justamente por ser aqui considerada a importância das práticas e estratégias de promoção de autonomia e protagonismo visando:

- a) superação da formação subalternizante assimilada por amplos setores sociais por vezes também vivenciando situações variadas de vulnerabilidade;;
- b) a possibilidade de empreendimento de iniciativas lutas por direitos por parte daqueles aos quais estes são negados;
- c) o necessário exercício da participação dos segmentos que usufruem das políticas públicas na condução das mesmas de modo que suas demandas além da visibilidade produzam efeitos na implementação dos serviços, mesmo em situações nas quais possam haver pleno investimento estatal nas políticas de seguridade e bem estar social.

Também Vasconcelos (2003), em sua análise e abordagem do conceito de empoderamento, o faz considerando suas diferentes contextualizações históricas de abrangência diversas do âmbito das relações interpessoais, institucionais até a articulação e direcionamento por perspectivas políticas e ideológicas de organização da sociedade. Neste posicionamento, o autor situa sua práxis voltada ao conceito de empoderamento em uma perspectiva política democrática-popular<sup>33</sup> cuja necessária análise crítica não encontrará o devido espaço neste trabalho.

O que destacamos na contribuição de Vasconcelos que por usa vez explícita não conceber o empoderamento em uma lógica de auto-referência dos sujeitos mas articulados com processos sociais e institucionais nos quais se inserem os movimentos unificadores de segmentos atingidos por diversas modalidades de opressão e sofrimento. Através do elenco das modalidades de dispositivos de empoderamento e promoção de protagonismo e para além destes, o que Vasconcelos propõe é um percurso de mediação que mais do que articular demandas específicas de uma categoria(exemplo: familiar, usuário, trabalhadores etc.) com demandas ou questões universais, antes articula-a ao sujeito singular nela inserido. A

---

<sup>33</sup>Trata-se de perspectiva de formulação e posicionamento políticos que orientam lutas de movimentos sociais por ampliação de direitos políticos sociais e civis que envolvem iniciativas que se oponham o exercício de monopólios, concentração de riquezas e ingerência externa no plano político e econômico nacional. Segundo tal perspectiva, as conquistas acima elencadas poderiam se dar no âmbito de sociedades cuja organização se dê em função da manutenção do modo de produção capitalista.

sustentação da proposta de aumento do poder de sujeitos em determinadas condições, mais do que pela caracterização por experiências de opressão e discriminação – noções ainda passíveis de generalização e abstração –, adquire peso e intensidade pela introdução da dimensão da dor, do desespero decorrentes de experiências catastróficas. Condições que situam o sujeito em sofrimento no tempo da urgência diferente do tempo histórico das categorias e classificações<sup>34</sup> e, ao mesmo tempo, na situação de perplexidade e paralisação pelo efeito por vezes devastador da experiência trágica sobre os sistemas de representações que até então davam sentido e orientavam seu movimento na vida.

Vasconcelos, apontando a limitação de modelos explicativos por vezes formulados com pretensões universalizantes para responder efetivamente “às complexas questões da emoção da dor, do desespero e perda de sentido da vida” (2003, p. 22), proporrá mais que modalidades e dispositivos, uma posição pela qual, ao mesmo tempo, individual e coletivamente os sujeitos possam antes de tudo assumir a autoria da elaboração de um discurso sobre suas vivências.

A radicalidade da afirmação desta posição de autoria dos sujeitos na elaboração de suas formas de representar sua condição de vida ganha maior visibilidade particularmente no que apreciamos no campo da saúde e saúde mental a respeito da prevalência dos modelos explicativos delimitados por especialidades e áreas de saberes e práticas de saúde formalizadas, diante dos quais:

- a) profissionais reduzem em nome de objetivação a experiência daquele que sofre ao status de “reais necessidades de saúde”, como condição de seu credenciamento e ingresso em um serviço ou programa de assistência e de subordinação simbólica que orientará seu percurso cotidiano junto à equipe ou instituição assistente;
- b) as iniciativas e dispositivos relacionados ao exercício de protagonismo, conforme vimos no caso de associações ou movimentos de familiares, tem determinados sua construção e seus objetivos e mesmo reivindicações em uma posição de subordinação ativa aos referenciais de um campo de conhecimento.

A ascendência do discurso de especialistas face às posições de familiares e usuários não se apresenta neste trabalho, à contrapartida de um autonomismo excludente face as

---

<sup>34</sup> Considero que seja o sentido de urgência um dos elementos que marque a diferenciação entre os sujeitos singulares em sofrimento e as categorias pelas quais busca –se conceitualmente configurar e caracterizar segmentos e grupos nos quais são classificados, e que impõe formas diferenciadas de abordá-la, seja na produção do cuidado ou no campo de intervenção política.

posições dos profissionais. Sustenta-se, aqui, a perspectiva de partilha de autoria na construção de caminhos no sentido do desenvolvimento do cuidado e afirmação ou produção de direitos. Tal proposição, longe de uma opção pelo apaziguamento ou ocultação das diferenças em nome do consenso como fim em si mesmo, coloca em perspectiva as possibilidades e limites da sustentação da tensão do acolhimento mútuo da singularidade das posições dos diversos atores na construção da Reforma Psiquiátrica na perspectiva anti-manicomial<sup>35</sup> no campo da saúde mental.

Neste sentido, e mais uma vez inspirado em Vasconcelos, trata-se de, na dimensão coletiva (ou institucional), articular as posições do curador e do ferido, unidade na diversidade de condições de existência que, em consonância com a perspectiva apontada pelo autor de que esta possa ser conscientemente encarnada por cada sujeito para além do papel institucional que cumpra. Tal possibilidade de a exemplo dos mitos do curador ferido resgatados pelo autor – em sua obra que justamente carrega o dito: “ O poder que brota da dor” – coloca para cada sujeito o desafio da admissão das lacunas das chagas abertas na sua constituição como condição para se ter espaço reservado para acolher e suportar o sofrimento e as demandas do outro, ainda que sua manifestação extrapole nossas possibilidades de representação e respostas imediatas e absolutas.

Esta via de mediação radical -- que abre a possibilidade do sujeito marcado e perplexo diante de um vivência catastrófica ser o mesmo a assumir a condição de protagonista em seu cuidado, no cuidado ao outro, e em alguns casos de sujeito inserido na luta social para que a atenção ao sofrimento e atendimento de outras demandas se afirmem como direito -- mantém a interpelação que colocaríamos nestes termos mesmo àqueles que pugnam pela defesa de ideais libertários como os que inspiram a Reforma Psiquiátrica: quais protagonismos se está disposto a sustentar e suportar?

---

<sup>35</sup> Trato como perspectiva antimanicomial um posicionamento que interpela a persistência da lógica correlata a abordagem nos manicômios para além de seus limites físicos, identificada por Franco Basaglia na ordenação social que subordina os sujeitos a condição de objetos homogêneos. Tal questionamento, portanto, pode também colocar em questão as práticas nos serviços substitutivos instituídos no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W: "O ensaio como forma", in Theodor W Adorno.Gabriel Cohn (ed.). Ática São Paulo:, 1994.

ALVES , S.D. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Mattos, R. A e Pinheiro , R . Orgs, Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. CEPESC/IMS/UERJ. Janeiro 2009.p.171-p.180.

ARIÉS, Philippe. História Social da criança e da família. 2 ed. LTC. Rio de Janeiro, 2011.  
BANCO DOPOVO CRÉDITO SOLIDÁRIO. Microcrédito, Acompanhamento e Orientação Para seus Negócios. Disponível em:<http://www.bpcs.org.br/index.php>. Acessado em: 10/07/2016

BAIOTO, Carlos Daniel. Bangladesh e o seu Banco Comunitário. *Revista Mundo Jovem, De olho na corrupção - Edição N° 431, Ano 2012 - Outubro de 2012.p.16*.Disponível em:[http://palavracoes.com/portal/artigos/Banco\\_Comunitario\\_DanielB.pdf](http://palavracoes.com/portal/artigos/Banco_Comunitario_DanielB.pdf). Acessado em: 10/07/2016.

BASAGLIA, F . A instituição negada. 1ª Ed. Rio de janeiro: Ed. Graal, 1985.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Biblioteca de Saúde e Sociedade Volume 3.Rio de Janeiro, Graal, 1978.

BOBBIO, N.. A era dos direitos. Rio de Janeiro. Editora Campus,1992 apudVasconcelos, E.M. O Poder que brota da dor e da Opressão: empowerment, sua história , teorias e estratégias. São Paulo, Paulus, 2003. p.55-p.144.

BRASIL. Senado Federal . Subsecretaria de Edições Técnicas. Código Civil brasileiro e legislação correlata -2ed- Brasília .2008.  
Disponível em<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20ed.pdf?sequence=1>acessado em 28/01/2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Constituição Federal.35ª ed Edições Câmara –Brasília. 2012.BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/Ministério Relatório da *III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 dedezembro de 2001*. Brasília: 2002, 213

BRASIL. Decreto N°. 86.3629 de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP.Diário Oficial da União - Seção 1 - 3/9/1981, Página 16637. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86329-2-setembro-1981-436022-publicacaooriginal-1-pe.html> acessado em 31 de julho de 2016.

BRASIL. Presidência da República. Código Penal Brasileiro. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acessado em 22/06/2016.

BRASIL.. Lei nº10216., de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216). Acessado em 8/01/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde , Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Brasília.1986 Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acessado em 10/12/2016. Brasil. Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível : em:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>, . Acesso em : 30 de out . 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS nº224 de 29 de janeiro de 1992 in Brasil, Ministério da Saúde. ,Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 -2004. 5ª edição ampliada, Brasília Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.disponível em:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf) Acesso em 3 de nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Chamada Para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial Fortalecimento do Protagonismo de usuários e familiares, trabalho, cultura e inclusão social da Rede de atenção psicossocial – 2015 Disponível em : <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/18/Chamada-Reabilita----o-Psicossocial-2015.pdf>. Acessado em 10/01/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM. nº106 de 11 de fevereiro de 2000. Institui e Regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos.Diário Oficial da União, Brasília, DF de nº 39-E, Seção 1, pág. 23,24/02/2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº8069 de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União de 16 de jul de 1990.Brasília, DFP.13563 Disponível em :<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente> . Acessado em 15/072016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá Outras Providências. Disponível em :<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>. Acessado em 22/06/2016.

CAMARGO JR, K. R. As Armadilhas da Concepção Positiva de Saúde. Physis : Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.2007, vol.17, n.1, pp.63-76.

CARVALHO, Ivy.O Fetiche do “Empoderamento do conceito ideológico ao projeto econômico – Político in Montaño, Carlos. A Constituição da Ideologia e dos Projetos do “Terceiro Setor” in Montaño. Carlos (org). O Canto da Sereia : Crítica a Ideologia do Terceiro Setor. São Paulo. Cortez Editora.2014.p.144-p.184.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias: conversas sobre políticas públicas e práticas in Trad,L.A.B (org). Família Contemporânea e Saúde : Significados, Práticas e Política Públicas. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2010. p.67 –p.87.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Família e políticas públicas in Acosta, A.R, Vitale ,M.A .F (orgs). Família : Redes , Laços e políticas Públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais PUC SP, 2003.p.267- p. 274.

COSTA, J.F.Ordem Médica e Norma Familiar.5ª.ed Rio de Janeiro. Ed.Graal, 2004.  
 \_\_\_\_\_ J.F História da Psiquiatria no Brasil. 5ed ver. Rio de Janeiro: Gramond , 2007.

- CRONEMBERG, I.H.B e Teixeira, S.M.Política de Assistência Social: as direções da matricialidade sociofamiliar e do trabalho social com famílias. Serviço Social em Revista.v.16.n.2 p.97 –p.118;Jan/ Jun 2014. Disponível em :<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/17577/15188>. Acessado em 8/01/2016.

DELGADO, P.G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 24 [ 4 ]: 1103-1126, 2014 -disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf> .

\_\_\_\_\_ Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001.Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 63 (2): 1-121, 2011.

- Diaz, Fernando Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. / Rio de Janeiro : s.n Fundação Oswaldo Gruz, 2008.

DELGADO,P.G ,DAHL.C, COSTA.A.YGEREMIA.D.S, TEIXEIRA.MS,PENHA.A.M, MONERAT.S.Mesa: Familiares Parceiros do Cuidado: percurso de uma intervenção compartilhada de familiares e CAPS.: Da experiência a Construção de Autonomia in Congresso Familiares Parceiros do Cuidado. Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas em SaúdeMenta Rio de Janeiro. 29 de novembro de 2011.

DIAZ , Fernando Sobie.Tese ( Doutorado em História das Ciências e da Saúde).Programa de Pós –Graduação em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o“novo” na história da psiquiatria do Brasil. . -- Rio de Janeiro : s.n, 2008.

- MATTOS, Paulo Roberto; Rocha , Maria Silvia- Inclusão Perversa na Esfera da Assistência Pública de Saúde – Disponível em [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii\\_congresso/temas\\_livres/inclusao\\_perversa\\_na\\_esfera\\_da\\_assistencia\\_publica\\_de\\_saude.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/inclusao_perversa_na_esfera_da_assistencia_publica_de_saude.pdf) acessada em 10 /04/2016.

MATTOS, Paulo Roberto . O ato Médico e Subjetividade. O Ato Médico e Subjetividade Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo vol. XI, n. 1, março 2008.

-MATTOS, Paulo Roberto. O Psicólogo e o Hospital : Trabalho ou Ilusão. Pulsional Revista de Psicanálise , vol XII, n.120, 1999.



MATTOS, Paulo. Roberto. ; Trabalho Psicologico em Hospital Geral: Uma Leitura Possivel. Cadernos do Ichf, Niteroi/RJ, n.27, p. 01-11, 1990

MIOTO, Regina . A Família como referência nas Políticas Públicas in Trad,L.A.B (org). Família Contemporânea e Saúde : Significados, Práticas e Política Públicas. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2010. p.51 –p..66

MIOTO, Regina Célia Tamasso Mioto in Trad,L.A.B (org). Família Contemporânea e Saúde : Significados, Práticas e Política Públicas. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2010.

MONTAÑO, Carlos. A Constituição da Ideologia e dos Projetos do “Terceiro Setor” in Montañó. Carlos (org). O Canto da Sereia : Crítica a Ideologia do Terceiro Setor. São Paulo. Cortez Editora.2014.

MOVIMENTO NACIONAL da LUTA ANTIMANICOMIAL. Relatório do X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. – Rio de Janeiro. Editora Encantarte, 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Campos Apresentação in Marta Silva; Carloto ; Mioto, Regina Célia Tamasso orgs – Familismo Direitos e Cidadania : contradições da política social. São Paulo Editora Cortez ,2015. p.7-p.12.-

PINHEIRO ,R.;Guizardi,Machado F.R, Gomes. Demanda em Saúde e Direito à Saúde : Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade in Mattos, R.A. e Pinheiro. Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, Participação e espaço público. Rio de Janeiro .CEPESC/UERJ,2010. p.13 –p. 33.

PINHEIRO, R; Honorato, C.E.M. O Trabalho do Profissional de Saúde Mental em Um Processo de Desinstitucionalização. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 18 , n 2 361-380, 2008.

PONCIANO, E. L.T.,CAVALCANTI, M. T., FERES-CARNEIRO. T.*Cuidado das famílias: tarefa de psicólogos e psiquiatras no IPUB/ UFRJ*. Revista de psiquiatria. Rio Grande do Sul, 2009.

PROJETO FAMILIARES PARCEIROS DO CUIDADO/NUPPSAM/IPUB/UFRJ. Relatório Resumido da I Oficina do Projeto Familiares Parceiros do Cuidado. Rio de Janeiro. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental. 20 de setembro de 2011.

PROJETO TRANSVERSÕES. Projeto Transversões/ Quem Somos nós. Disponível em:<http://projetotransversoes.blogspot.com.br/search/label/Quem%20somos%20n%C3%B3s>. Acesso em : 12/03q2016.

ROSA, L.C. Transtorno mental e o cuidado na família. 2ª edição. São Paulo. Cortez, 2008. - \_\_\_\_\_.A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicologia em revista, volume 11, Belo Horizonte, 2005.

ROTTELLI,F.et.alli, Desinstitucionalização, Hucitec, 1991 apud ROTELLI, F, Amarante, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil in Bezerra JR,B ; AMARANTE,P. Psiquiatria Sem Hospício : Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 1992.p.41-p.55.

ROTELLI, F, Amarante, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil in Bezerra JR,B ; AMARANTE,P. Psiquiatria Sem Hospício : Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 1992.p.41-p.55.

SARTHI, Cynthia A . Famílias Enredadas in Acosta, A.R, Vitale ,M.A .F (orgs). Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais PUC SP, -- .2003.p21-p.36.

TRAD Leny A Bonfim (org)- Família Contemporânea e Saúde Significados , Práticas e Políticas Públicas.

VASCONCELOS, E.M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários,familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Revista Vivência*. Natal, n. 32, p.173-206,2007.Disponívelem:<[http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET\\_32/CAP%2012\\_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2012_EDUARDO%20MOURAO%20VASCONCELOS.pdf)>. Acesso em: 14 de janeiro de 2016.

VASCONCELOS, E.M. O Poder que brota da dor e da Opressão: empowerment, sua história , teorias e estratégias. São Paulo, Paulus, 2003.

\_\_\_\_\_. E.M . Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil quadro atual , tipologia, desafios e propostas. In: Vasconcellos. EM . ORG, *Arbodagens Psicossociais*, v 2. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares. São Paulo; Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E.M; BRAZ , R; Lofi, G; REIS, T.R. Cartilha : ajuda e suporte mútuos em saúde Mental. Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social da UFRJ; Brasília Ministério da Saúde; Fundo Nacional de Saúde, 2013.

## ANEXO A - Transcrição de artigos do Capítulo VII da Constituição Federal Brasileira

## Capítulo VII

## Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso

**Art. 226.** A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (EC no 66/2010)

§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o

homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. p.128

**Art. 227.** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (EC no 65/2010)

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos:

I – aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II – criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios

de  
uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de  
garantir acesso  
adequado às pessoas portadoras de deficiência.  
(...)

**Art. 229.** Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos  
menores, e os filhos  
maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou  
enfermidade.

**Art. 230.** A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as  
pessoas idosas,  
assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade  
e bem-estar e  
garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados  
preferencialmente  
em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos  
transportes  
coletivos urbanos.

**ANEXO B** - Transcrição de artigos do Código Civil Brasileiro referentes às relações familiares de parentesco e alimentos.

Art. 1.694. Podem os parentes, os cônjuges ou companheiros pedir uns aos outros os alimentos de que necessitem para viver de modo compatível com a sua condição social, inclusive para atender às necessidades de sua educação. § 1º Os alimentos devem ser fixados na proporção das necessidades do reclamante e dos recursos da pessoa obrigada. § 2º Os alimentos serão apenas os indispensáveis à subsistência, quando a situação de necessidade resultar de culpa de quem os pleiteia.

Art. 1.696. O direito à prestação de alimentos é recíproco entre pais e filhos, e extensivo a todos os ascendentes, recaindo a obrigação nos mais próximos em grau, uns em falta de outros.

Art. 1.697. Na falta dos ascendentes cabe a obrigação aos descendentes, guardada a ordem de sucessão e, faltando estes, aos irmãos, assim germanos como unilaterais.

Art. 1.698. Se o parente, que deve alimentos em primeiro lugar, não estiver em condições de suportar totalmente o encargo, serão chamados a concorrer os de grau imediato; sendo várias as pessoas obrigadas a prestar alimentos, todas devem concorrer na proporção dos respectivos recursos, e, intentada ação contra uma delas, poderão as demais ser chamadas a integrar a lide.

Art. 1.699. Se, fixados os alimentos, sobrevier mudança na situação financeira de quem os supre, ou na de quem os recebe, poderá o interessado reclamar ao juiz, conforme as circunstâncias, exoneração, redução ou majoração do encargo.

Art. 1.700. A obrigação de prestar alimentos transmite-se aos herdeiros do devedor, na forma do art. 1.694.

Art. 1.701. A pessoa obrigada a suprir alimentos poderá pensionar o alimentando, ou dar-lhe hospedagem e sustento, sem prejuízo do dever de prestar o necessário à sua educação, quando menor.

Parágrafo único. Compete ao juiz, se as circunstâncias o exigirem, fixar a forma do cumprimento da prestação.

Art. 1.702. Na separação judicial litigiosa, sendo um dos cônjuges inocente e desprovido de recursos, prestar-lhe-á o outro a pensão alimentícia que o juiz fixar, obedecidos os critérios estabelecidos no art. 1.694.

**ANEXO C** – Transcrições de artigos do Código Penal referentes a punição por abandono ou crimes referentes a não prestação de assistência familiar.

**TÍTULO I**  
Dos crimes contra a pessoa

**CAPÍTULO III**  
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

Abandono de incapaz

Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena - detenção, de seis meses a três anos.

§ 1º - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º - Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Aumento de pena

§ 3º - As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:

I - se o abandono ocorre em lugar ermo;

II - se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima.

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos (Incluído pela Lei nº 10.741, de 2003

(...)

**TÍTULO VII**  
Dos crimes contra a família  
(...)

**CAPÍTULO III**

(...)

**DOS CRIMES CONTRA A ASSISTÊNCIA FAMILIAR**

Abandono material

Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60

(sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo: (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003)

Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País. (Redação dada pela Lei nº 5.478, de 1968)

Parágrafo único - Nas mesmas penas incide quem, sendo solvente, frustra ou ilide, de qualquer modo, inclusive por abandono injustificado de emprego ou função, o pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada. (Incluído pela Lei nº 5.478, de 1968)

(...)

#### Abandono intelectual

Art. 246 - Deixar, sem justa causa, de prover à instrução primária de filho em idade escolar:

Pena - detenção, de quinze dias a um mês, ou multa.

Art. 247 - Permitir alguém que menor de dezoito anos, sujeito a seu poder ou confiado à sua guarda ou vigilância:

I - freqüente casa de jogo ou mal-afamada, ou conviva com pessoa viciosa ou de má vida;

II - freqüente espetáculo capaz de pervertê-lo ou de ofender-lhe o pudor, ou participe de representação de igual natureza;

III - resida ou trabalhe em casa de prostituição;

IV - mendigue ou sirva a mendigo para excitar a comiseração pública:

Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.

**Anexo D – Estatuto da Criança e do Adolescente.**

## Título I

## Das Disposições Preliminares

(…)

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.



## ANEXO E - Transcrições do Estatuto do Idoso

### Título I

#### Disposições Preliminares

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

(...)

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

## **ANEXO F - Seleção de Transcrições do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental com itens referentes a familiares de usuários**

### **5. Desinstitucionalização**

(...)

#### **5.2. Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos**

Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica

territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania.

92. Garantir que os serviços e dispositivos substitutivos:

**a)** atendam à complexidade e fundamentem-se nos princípios de horizontalização de superação da lógica da tutela;

**b)** estabeleçam como uma das prioridades, o desenvolvimentode ações de suporte à família dos portadores de sofrimento mental e a articulação com grupos organizados da comunidade;

**d)** sejam comunitários e territoriais, respeitando os princípios da co-responsabilização na atenção em saúde mental. P.42

100. Promover ações para atender os usuários e familiares em situação de desvantagem social, visando garantir a autonomia em contraste com uma visão assistencialista que reforça a dependência. P. 43

101. Enfatizar a importância de as equipes de saúde mental trabalharem a potencialização da subjetividade e o resgate da afetividade na relação entre as pessoas portadoras de transtornos mentais e os familiares, através de oficinas com participação conjunta. P. 43

102. Fomentar a implantação e implementação de programasde reabilitação e ressocialização do portador de transtornos mentais,priorizando a criação de lares abrigados, oficinas de trabalhoe centros de convivência para a clientela institucionalizada ou não. P.43

## 8. Atenção Básica

135. Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para atendimento e assessoria) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes. ( P.49 – p.50)

Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental. P.50 –

142. Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/PSF.p. 50

## 3. Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS.

O avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer ampliar as instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, para além das universidades, e exigir, nas três esferas de governo, que os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS (...).

(...)

Essa política de formação e capacitação deve criar espaços de troca baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construídos através de intercâmbio entre municípios, coordenadorias regionais e estados, e entre serviços e instituições formadoras, voltados para profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, considerando a competência técnica e política desejada. Neste processo, torna-se fundamental incluir usuários e familiares voluntários nas oficinas de capacitação em Saúde Mental, como parte da equipe de instrutores. P.73

(...)

## VI. CONTROLE SOCIAL

### Princípios e diretrizes

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ressalta a importância do controle social como forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica. Propõe, portanto, garantir a continuidade

da política de substituição do modelo hospitalocêntrico, independente das mudanças do poder executivo, através de mecanismos de controle social já existentes (por exemplo, os Conselhos) e outros que se façam necessários: as Comissões de Saúde Mental, as Conferências, a organização da sociedade civil e dos movimentos sociais, o espaço legislativo, etc. O controle social deve constituir-se com a representação dos três segmentos (usuários, familiares e profissionais de saúde), na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção das políticas estaduais e nacional de saúde mental. Uma ampla discussão foi realizada sobre os Conselhos de Saúde. É necessário reforçar a natureza dos Conselhos, que, enquanto órgãos de regulação do SUS, estão situados na sociedade e não nas instituições do Estado. Cumpra aos Conselhos de Saúde, em ação conjunta com toda a sociedade, lutar em defesa do SUS, sem hospital psiquiátrico e com as Comissões de Saúde Mental, efetivar a política de saúde mental e exercer o papel de controle e fiscalização das políticas públicas, o que inclui o orçamento e a destinação de verbas para a saúde mental, em todos os níveis. Ao Conselho Nacional de Saúde, em ação conjunta com a Comissão de Saúde Mental, compete fazer gestão junto aos Conselhos Municipais e Estaduais, no sentido do seu posicionamento favorável ao processo de implantação de Reforma Psiquiátrica. Em todo este processo, é fundamental exigir a transparência na aplicação de verbas públicas.

**p.141**

(...)

Conselhos Gestores devem ser instituídos em todos os serviços de saúde, inclusive de saúde mental, de composição paritária, **garantindo assento para familiares e usuários**. A III Conferência Nacional de Saúde Mental enfatiza a constituição, ação e importância das Comissões de saúde mental. Deve-se criar Comissões de Saúde Mental também estaduais e municipais, paritárias, compostas por trabalhadores de Saúde Mental, usuários, familiares, poderes executivo, legislativo e judiciário, entidades civis, através de termo de compromisso intermunicipal, com a finalidade de propor diretrizes nas ações de saúde mental. (...)

A ação da sociedade civil e dos movimentos sociais é ressaltada, visando a garantir que os programas municipais de saúde mental não sofram descontinuidade por ocasião de mudanças de gestão administrativa e/ou política. Deve-se propiciar a participação dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental na elaboração das políticas públicas de saúde e no

acompanhamento das ações de saúde mental. Propõe-se incentivar e apoiar as ações dos núcleos estaduais da luta antimanicomial, na fiscalização das práticas de saúde mental. Também neste sentido, urge criar estratégias para viabilização de maior envolvimento dos diferentes atores sociais com as questões de saúde mental: usuários, familiares, ONGs, sindicatos, instituições religiosas, poder público, grandes e pequenos empresários, setor informal, movimentos sociais e outros. P.142

**ANEXO G - Transcrições da Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;
- a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;
- a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

(...)

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

**ANEXO H** - Transcrições de artigos da Portaria nº 3.088, de 23 DE Dezembro de 2011

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

(...)

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial

(...)

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

Art. 7º O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Parágrafo único. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

(...)