



2009

Faz escuro
mas eu canto:
ade em todo canto

Dia Nacional da Luta
Antimanicomial

DIA NACIONAL DA LUTA
ANTIMANICOMIAL

DEMOCRACIA SIM!
MANICÔMIO NÃO!
LIBERDADE E VACINA
CONTRA A POLÍTICA DE
MORTE!

luta antimanicomial na prática

SOLIDARIEDADE:
HA EM TI, HA EM MIM
Dia Nacional da
Luta Antimanicomial **18 de maio**

Se não
nos ~~deixam~~ sonhar,
não os
deixaremos dormir.
18 de maio

QUE-
CA.

DIAS
18 MAIO
DADE
UERE MOS:
a nossa vontade!

SUS
TENTAR
A DIFERENÇA

saúde não se vende,
gente não se prende.

18 de maio
Antimanicomial

**18º MAIO
2015
DIA
NACIONAL**

A-
CON-
TE-
CA.

ANTI-
MANI-
COMI-
AL



Copyleft, Laura Fusaro e
Associação dos Usuários
dos Serviços de Saúde Mental
de Minas Gerais - ASUSSAM-MG

Capa

Goretti Nunes

Versos na contracapa:

Luan Cândido

Programação visual e

Diagramação

Laura Fusaro e Luan Cândido



Patrocínio

Conselho Regional de Psicologia
de Minas Gerais (CRP-MG)

Camey, Laura Fusaro (Organizadora), Associação dos
Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais
e co-autor@s. **Luta Antimanicomial na prática.** 2024.

216 p.; 14 x 20 cm

1. Saúde 2. Saúde Mental 3. Participação Popular
3. Direitos humanos 4. Educação

Organizadora e autora
Laura Fusaro Camey

Co-autoria

Adriana Mojica V M Ponzo
Alison Ferreira Dos Reis
Ana Marta Lobosque
Barbara E. B. Cabral
Bento Márcio da Silva
Camila Santos
Cirlene Ornelas De Godoy
Emerson Elias Merhy
Emilia Marques
Filippe de Mello Lopes
Francisco das Chagas Góis Viera
Luan Gomide de Sousa Cândido
Marcos Evandro
Maria Elisa Oliveira FreitasMark Napoli
Marta Elizabete de Souza
Michelle de Almeida César
Paulo José Azevedo de Oliveira
Pedro de Paula do Nascimento Teixeira
Políbio Campos
Rodrigo Carvalho Lima
Rogério Rodrigues Carvalho
Sílvia Maria Soares Ferreira
Vilma Alves de Amorim
Viviane Souza Maciel Almeida

Agradecimentos

Fazer um livro coletânea não é simples. Encontrar pessoas para escrever, fazer as correções, diagramar, pensar os temas, tudo envolve muito trabalho. Na verdade, julgo que seria muito mais simples uma única pessoa sentar e escrever tudo. Porém, basta pegar essa obra para testemunhar a força do coletivo.

Não é fácil atender ao chamado da luta política. As incansáveis horas dedicadas, as brigas, os conflitos, muitos retrocessos. Ao mesmo tempo, o que me alimenta é exatamente a luta. Pode até me tirar algumas noites de sono, mas é o que me faz levantar de manhã. Esse desejo pulsante de achar em toda vida humana valor e propósito. Construindo esse livro eu xinguei muito, passei raiva, pensei em desistir. Coordenar a escrita coletiva é um pesadelo logístico. Mas para cada texto concluído... Eu chorei fazendo a revisão final do livro, chorei mesmo, de verdade. Está aqui o sentido, não da minha luta, mas da luta de um povo inteiro.

Para cada pessoa que infurnizei cobrando — “Cadê o texto???” — nesse ano de 2023: muito obrigada. É imensa minha gratidão, por vocês terem topado essa aventura e suportado as tensões que dela vem. Porque, se é verdade que existir coletivamente traz uma série

de angústias, é também verdade que ela traz infinita alegria. E, a cada dia que passa, tenho mais convicção de que é pela luta, é pelos movimentos sociais, que se dá sentido, valor e propósito à vida minha e à de todos.

Espero encarecidamente que esta obra motive a vocês, meus caros leitores, a embarcar por esses caminhos militantes. Que encontrem em seus caminhos o desejo, a determinação e a coragem de delirarem e lutarem ativamente por uma sociedade sem manicômios.

Sumário

História da Luta Antimanicomial:

Franco Basaglia	9
Pequeno dicionário basagliano	11
Grazie, Franco!	12
Reforma Psiquiátrica Brasileira, multifacetada tapeçaria	16

Nivelando Conceitos:

O que é o manicômio?	39
O que é cuidado em liberdade?	41
Recovery	47
O que é o cuidado no território	57
O que é a Redução de Danos	67
Por que devemos legalizar as drogas?	76
O que é o sistema penal	97
Familiares e luta antimanicomial	107

Os manicômios:

O que é o Hospital Psiquiátrico?	113
Como fechar um Hospital Psiquiátrico?	116
O que é uma comunidade terapêutica?	122
Como fechar uma comunidade terapêutica?	126
Eu, ViUma (e tantas outras)	139

Serviços da Rede de Atenção Psicossocial:

Cuidando em Liberdade	143
O que é um bom CAPS	154
Um bom Centro de Convivência	158
O que é uma boa Atenção Primária	164
O que é um bom Leito de Saúde Mental em Hospital Geral	174
Unidades de Acolhimento Transitório	178
O que é um bom Serviços Residencial Terapêutico?....	189
Nossa luta é por uma sociedade sem manicômios: Associação de Usuários do Serviços de Saúde Mental e Famíliares? Como fazer?	192
Direitos dos Usuários	202



Franco Basaglia

AQUELE QUE JAMAIS PODE SER ESQUECIDO

Laura Fusaro Camey

A pior mentira que nos contam é que os povos oprimidos se docilizam perante a violência que os sufoca. O “louco” nunca aceitou a sentença de morte que o manicômio lhe impôs. Não é atoa que no manicômio tantos são assassinados, dopados até colapso cardiorrespiratório, torturados, amarrados, tem seus cérebros e corpos mutilados. A loucura não se rende nem sob tortura e pena de morte.

Apesar da resistência heroica dos sobreviventes de manicômios, é inegável o papel de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, vítima do cárcere pelo regime fascista de Mussolini na Itália, que teve coragem de abdicar do poder de seu jaleco para conspirar, com os internos dos hospícios, a liberdade. Negando seu suposto saber de psiquiatra, travou uma revolução dentro do campo da saúde mental: provou que é possível cuidar em liberdade, que é possível construir um novo local social para a loucura e, por consequência, para aqueles considerados loucos. Ousou cuidar de todos, todos sem exceção.

Seu nome é propositalmente omitido do grande público, pois o que fez em Trieste foi a destruição de uma instituição total secular tida como insubstituível. Se até a opressão do manicômio pode cair pela aposta na cidadania e pelo desejo indomável pela liberdade, se faz possível abrir assas para todos os delírios de utopia que os nossos corações tanto anseiam, mas que os poderosos propagandeiam se tratar de loucura. Mas os antimanicomiais já entenderam que loucura não é doença nem fantasia: é expressão mais pura e genuína, real e material, da força da subjetividade humana. Além de Franco, a todas as incontáveis pessoas que trilham esse caminho: gratidão. Que nossa luta honre todos os dias aqueles que se foram, os que estão e os que virão.



Pequeno dicionário basagliano

Emilia Marques

Basaglia: Cara que liberta loucos

Basagliá: Torná-se Basagliano, Basagliagem
ou Basagliamento

Basaglismo: Estilo de vida Basagliado

Basagliamento: Rendê a Basagliagem

Basaglianismo: Estudo do Efeito Basaglia

BasagliAção: Ações Basaglianas

Basagliadô: Especialista em Basagliá

Basagliagem: Passá de AntiBasaglia
para Basagliano





Grazie, Franco!

Luca G., tradução livre de Valtinho Folha Seca

Se não fosse por você, agora eu seria um interno.

Se não fosse por você, eu estaria em um lugar ruim, onde só saberia de pílulas, correias, choques elétricos e enfermeiras grandes, rudes e severas.

Se não fosse por você, eu estaria em um lugar do qual escapar seria impossível, mesmo com a minha mente, porque se eu fizesse mesmo uma tentativa disso, seria esmagado.

Se não fosse por você, agora eu estaria dentro de uma gaiola, ou acorrentado, ou amarrado a uma cama.

Se não fosse por você, minha raiva, minhas irritações, meu nervosismo seriam punidos de uma maneira corpórea e não compreendida, não endereçada, não resolvida em palavras.

Se não fosse por você, hoje eu não teria uma cama, um quarto ou uma casa própria.

Se não fosse por você, eu nunca poderia abrir um livro, assistir um filme, ouvir uma música.

Se não fosse por você, eu nunca poderia encontrar e conversar com pessoas que vivem uma vida mais exigente, mas também mais serena do que a minha.

Se não fosse por você, eu nunca teria sido capaz de viajar pelo mundo e ver como isso é feito.

Se não fosse por você, eu nunca seria capaz de ter ido à escola ou fazer uma cultura e eu nunca teria jogado bola ou esconde-esconde, talvez eu nem tivesse amigos.

Se não fosse por você, talvez eu não soubesse nada além do isolamento.

Se não fosse por você, talvez eu iria ver meus pais ou parentes apenas como estranhos que vem de vez em quando para visitar sem eu saber por quê.

Se não fosse por você, eu teria tido menos oportunidades para me socializar, conhecer novas pessoas.

Me sentisse mais sozinho e até mesmo abandonado.

Se não fosse por você, eu não poderia ter encontrado boas razões para viver, talvez eu mesmo tivesse cometido suicídio.

Se não fosse por você, meus impulsos sexuais seriam ridicularizados, incompreendidos e punidos, porque seriam considerados algo maligno e pecaminoso ao invés de natural.

Se não fosse por você, talvez hoje eu seria uma pessoa cruel. Talvez uma criança que tivesse sofrido abuso, espancamentos, maus tratos, humilhações e tormentos, e não soubesse mais do que isso. Mesmo que eu não tivesse feito nada aos que me rodeiam.

Se não fosse por você, minhas explosões e atos de minha criatividade teriam sido confundidos com algo absurdo, e vendo-me como um louco teriam que me punir.

Se não fosse por você, eu nunca poderia criar histórias para contar, escrever ou publicar livros, e talvez esta revista não existiria.

Se não fosse por você, ninguém teria descoberto minha habilidade nem teria pensado em me induzir a explorá-las.

Se não fosse por você, eu nunca desistiria da verdade quando minha raiva, meu nervosismo ou eu não entendo as coisas, mas eu só me veria reduzido à imobilidade e silêncio.

Se não fosse por você, ninguém me daria hoje explicações quando eu quisesse.

Se não fosse por você, mesmo por culpa imerecida, eu nunca poderia me explicar, mas eu seria bastante punido.

Se não fosse por você, eu nunca perderia se isso eu não entendo.

Se não fosse por você, ninguém me ajudaria dizendo quando eles fizessem algo ruim ou quando me machucassem.

Se não fosse por você, eu nunca teria encorajado a ajudá-lo a me ajudar.

Se não fosse por você, eu não teria ficado mais útil ao invés de estranho. Acima de tudo, eu não poderia viver uma vida normal. Obrigado, Franco!

Poema publicado na revista “il nuovo faro” -
Bologna, julho de 2018.





Reforma Psiquiátrica Brasileira, multifacetada tapeçaria

Barbara E. B. Cabral, Univasf¹

Emerson Elias Merhy, UFRJ²

Não veio do céu
Nem das mãos de Isabel
A liberdade é um dragão no mar de Aracati
Salve os caboclos de julho
Quem foi de aço nos anos de chumbo
Brasil, chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês.
(Carlos Nascimento / Wanduir)

Estamos em 2023. Um ano de esperança e aposta na retomada de um árduo e desafiante processo de construção do Brasil como um genuíno Estado Democrático de Direito, após a vitória nas urnas de uma chapa de ampla coalizão, articulada pelo Partido dos Trabalhadores/

1 Professora adjunta do Colegiado de Psicologia e da Residência Multiprofissional de Saúde Mental (RMSM), na Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf.

2 Pesquisador e professor do Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/EICOS, da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ.

PT. Mas nada está fácil, como nunca foi. Retomar trilhos compromissados com a construção democrática demanda reconhecer efeitos do brutal ato de colonização, operado por nações europeias e oficializado a partir de 1500.

Estes efeitos se atualizam em ato contínuo, sendo arrimo para modos ainda hegemônicos de se fazer política no país, bastante conservadores dos traços coloniais da exploração e opressão, requintados pela forte onda neoliberal contemporânea. Guiada pela lógica do mercado, tal onda vai sempre refazendo, nestas terras, a lógica de violência contra o não-europeu, contra todes que, diante do colonizador, parecem vidas-coisas-recursos a serem dominados, explorados e “civilizados”.

Consideramos que se ganha em capacidade de análise das intensas desigualdades sociais que caracterizam o Brasil ao se partir da disponibilidade de um reaprendizado de nossa história. Chamar o país de Pindorama e a América Latina de Abya Yala³, em exercício de descolonização da linguagem, sinaliza um caminho vigoroso, dado que os nomes Brasil, decorrente da árvore bastante explorada, e América, que homenageia o colonizador, representam uma

3 Expressão que, na língua do povo Kuna, significa “Terra madura”, “Terra Viva” ou “Terra em florescimento” e vem sendo usada como autodesignação dos povos originários (<https://latinoamericana.wiki.br/verbetes/a/abya-yala>. Acesso em 26 de Junho de 2023).

demarcação de fronteiras territoriais fruto da colonização (NUÑEZ *et al.*, 2021). Mais profundamente, o que se aponta é a necessidade de descolonização de modos de ser e viver, partindo de algo que deveria ser óbvio, contudo, não o é na prática: o reconhecimento de que já havia gente aqui.

Santos (2015), compreendendo os mecanismos de dominação incrustados nos modos de nomear, marca posicionamento ao se referir ao Brasil como Terra Afropindorâmica, na perspectiva de produzir visibilidade tanto às violências concretizadas contra os povos originários e os povos sequestrados de África, tratados como mercadorias, quanto às forças desses povos. Repetimos: tais violências seguem em permanente atualização, o que pode ser facilmente constatado em episódios diversos, de que pinçamos um estarrecedor exemplo recente: o escandaloso descaso aos problemas de saúde do povo Yanomani no Governo Bolsonaro, provocados por ações de garimpeiros, divulgado já no contexto do novo governo⁴.

Estes parágrafos iniciais podem gerar estranhamento em um texto que pretende delinear alguns marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira que foi a encomenda

4 Sugerimos conferir contundente texto de Maurício Terena: “Uma vida marcada pela morte: a tragédia anunciada do povo Yanomami...”, disponível em <https://www.cartacapital.com.br/blogs/zumbido-justica-antirracista/uma-vida-marcada-pela-morte-a-tragedia-anunciada-do-povo-yanomami/>

feita. Mas se é assim, consideramos que há nisso uma preciosa justificativa para termos feito esta aposta. É que o compromisso assumido foi o de sentir-pensar sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, nesse exercício, colocar em cena aspectos que tomamos como fundamentais na transformação dos modos de produzir cuidado em saúde mental no país, que não costumam ser destacados nas histórias oficiais, tampouco nos textos das políticas públicas, ainda que sejam sempre indicados.

Desde o final de 2015, temos tido retrocessos significativos no campo da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), um fruto precioso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se materializaram sobretudo em 2017, com a publicação de legislações, como a Portaria 3588, que introduziu o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Já vivíamos um cenário político tenso, acirrado após o golpe de Estado em 2016 (GUIMARÃES & ROSA, 2019). A introdução do hospital psiquiátrico, por si, já constitui um contrassenso absurdo, considerando os princípios que moveram e sustentaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, aglutinados em torno da defesa dos direitos de cidadania de pessoas com sofrimento psicoafetivo e da perspectiva de superação do hospital psiquiátrico, diretrizes consolidadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, consensuais entre os diferentes autores/atores dos itinerários de transformação da “trajetória da desinstitucionalização” (NICÁCIO, 2003).

Contrarreforma (LIMA, 2019) ou remanicomialização do cuidado em saúde mental (GUIMARÃES & ROSA, op. cit.) são termos que caracterizam esse cenário de retrocessos, evidenciando o complexo campo de forças relacionados à produção de cuidado em saúde mental, em que se ressaltam interesses do setor privado fundados na lógica manicomial. Basta atentar à explosão de comunidades terapêuticas (ct), em sua maioria bancadas por representantes religiosos, que vêm contando com aumento progressivo e significativo de investimento financeiro, via campo jurídico, com pressão política para sua viabilização como equipamentos do SUS, com passos avançados no campo normativo, como a própria inserção no desenho da RAPS em 2011, via Portaria 3088 (DESINSTITUTE, 2021).

Tomar o cuidado em saúde mental como mercadoria, em um circuito denunciado como indústria da loucura, foi um aspecto central criticado no processo de mobilização social em prol da transformação dos modos de cuidar de quem apresenta intenso sofrimento psicoafetivo, disparado pelas denúncias de maus tratos em hospitais psiquiátricos no final da década de 70 no país. Era inevitável pôr em questão a pretensa oferta terapêutica, baseada em isolamento do convívio social, coisificação/massificação de corpos e violação de direitos.

"Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia

como esta" (ARBEX, 2013, p. 15), foi a declaração de Franco Basaglia para a imprensa após conhecer, em 1979, o Hospital Colônia em Barbacena-MG, palco de crueldades e violações diversas da condição humana, como relatado por Daniela Arbex, no livro-reportagem "Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil.

No prefácio escrito para o livro, Eliane Brum não titubeia na análise da violência e na indicação da precisão do uso da palavra holocausto:

(...) Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiada nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram no Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (BRUM no prefácio de ARBEX, 2013, p. 13/14)

A vinda de Basaglia ao Brasil, destacando-se as repercussões de sua visita ao Colônia, é um dos marcos de nosso processo. A reforma de saúde mental ocorrida em Trieste, na Itália, conduzida pelo psiquiatra revolucionário, é uma de nossas mais importantes referências. Inspirou a experiência santista, disparada a partir da intervenção, em 1989, da Casa de Saúde Anchieta, outro palco de violação de direitos humanos, e concomitante montagem de uma rede de serviços territoriais, substitutivos à lógica asilar. Tal evento ocorreu em contexto político favorável na cidade, que contava com uma gestão petista e o apoio de David Capistrano Filho, então secretário de saúde, à ousadia e invenção para o combate ao que ocorria na chamada “Casa dos Horrores”. Ali se destaca a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), já com funcionamento 24 horas, além de uma série de experimentações artísticas como ferramentas para reinventar o cuidado e ampliar o diálogo sobre loucura com a sociedade.

Coragem, ousadia, invenção. Doses fortes destes temperos constituíram as diversas experiências produzidas nos diversos cantos do país, do Oiapoque ao Chuí, como um contraponto ao perverso aparato manicomial. Este serviu não apenas para garantir lucros a alguns segmentos sociais, reflexos da elite forjada nas ondas de construção da República Federativa do Brasil, mas sobretudo para esconder as gentes consideradas

indesejadas ou de menor valor, e por que não dizer, lixo, sob a batuta da pretensa neutralidade e objetividade da Psiquiatria e da construção social capitalística dos anormais, sob a lógica dos enfermos do desejo. É fundamental reconhecer que este núcleo de saber/poder, desde os primórdios, se sustentou precariamente nos princípios da Medicina, tendo sempre lhe faltado a força das evidências orgânicas, ainda que a corrente biologicista e o campo das neurociências insistam que um dia se chegará a elas.

As experiências que constituem a mosaicidade do campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira se articularam em torno da complexificação do objeto “doença mental”, a ponto de desmontá-lo. Basta uma análise mais atenta da relação entre produção de sofrimento e as profundas desigualdades nos modos de organização social para compreender que uma abordagem mais complexa é imprescindível para produzir modos de cuidado, fundamentando a necessidade de barrar o processo de biomedicalização em curso, acirrado na contemporaneidade e caracterizado por uma patologização do viver. A experiência do Hospital Colônia revela a forte presença de um quadro de valores morais que sustenta a organização social, tomado como base para justificar algumas internações, além de uma prática necropolítica sobre as vidas consideradas descartáveis, que essa sociedade constitui.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se forja a partir de valores e práticas que lhe correspondem. Talvez se possa afirmar que o valor maior defendido é o da diversidade da vida, sob todas as formas, humanas e não humanas, e de suas multiplicidades, o que torna impossível que se defina um único modo de estar na vida como certo, pela instituição de padrões de normalidade, impostos como regras de convivência. A liberdade e a cidadania de quem apresenta sofrimento psicoafetivo são, então, tomados como operadores éticos inequívocos na produção do cuidado, superiores à suposta primazia de um tecnicismo, sustentando a luta contra uma “poderosa máquina de guerra manicomial” (SILVA, 2003).

Reconhecemos a constituição do movimento antimanicomial, cuja diversidade se afirma no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru-SP, em 1987, pelo desafio de lutar “Por uma Sociedade sem Manicômios”, como a pedra de toque do campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Exatamente porque a lógica manicomial é uma força dentro do cenário brasileiro, expressando preconceitos e a dificuldade de lidar com modos diversos de se produzir (n)a vida, a militância antimanicomial precisa se agigantar para garantir a continuidade da luta, reconhecendo-se, também, em sua diversidade na Terra Afropindorâmica, onde o Norte/Nordeste é o Sul, se recorreremos à referência do Sul Global.

Optamos por retomar aqui o sentido de manicômio apresentado no Manifesto produzido em 1987, porque ali se indica o ponto nodal do movimento - a luta contra a opressão e discriminação -, ainda que caiba atualização de alguns termos:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Manifesto Bauru, 1987)

No Encontro de Bauru: 30 anos de Luta “Por uma sociedade sem manicômios”, em 2017, reafirma-se a importância de continuidade da luta pelos direitos fundamentais de cada cidadão, sem privilégio de classe ou raça, nem do campo da razão e da normalidade, renovando a compreensão de que

(...) uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista. (Carta de Bauru - 30 Anos, 2017).

Em Bauru, em 2017, fomos às ruas para reafirmar esse compromisso. As mobilizações de Luta Antimanicomial são uma força política fundamental no complexo campo de disputas da RPB, afirmando a potência da militância e a necessidade de sustentar o caráter instituinte do movimento social no enfrentamento das forças ligadas à “velha ordem manicomial, que ainda vive” (SILVA, 2003), e sempre pretende neutralizar todos os agenciamentos produzidos na direção da produção de um cuidado em liberdade.

Foi a militância antimanicomial que possibilitou a proposição do Projeto de Lei 3657, pelo então deputado Paulo Delgado, em 1989, desembocando na aprovação da Lei 10.216, a Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica, apenas em 2001, o que revela as intensidades de disputas, que não podemos jamais negligenciar. Enquanto se travava o embate para a aprovação, oito Estados aprovavam legislações específicas inspiradas no PL: no Nordeste - Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte; no Centro-Oeste - Distrito Federal; no Sudeste - Minas Gerais e Espírito Santo; e no Sul - Rio Grande do Sul e Paraná (BRASIL, 2004). Vários municípios de grande porte, como Campinas, também foram por este caminho. Além disso, muitas experiências de inovação na oferta cuidado em saúde mental tomavam corpo, além da experiência santista, o que possibilita demarcar a força de conquistas arrojadas e criativas no cotidiano das práticas, antes dos avanços no âmbito legislativo.

Miriam Abou-Yd retoma o manifesto de criação da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), lançado em 2003, para reafirmar que, em meio às diferentes dificuldades e sucessos da luta, a conquista que parece inalienável é a “rigorosa ousadia das concepções e práticas que criam lugar para a presença da loucura na cidade” (Abou-Y, 2017, p. 41). Assim, defende a importância da militância, enfatizando que a ação política do amplo coletivo composto por diversas entidades da luta antimanicomial foi fundamental para a conquista de uma PNSM comprometida com o cuidado em liberdade e a defesa de direitos civis de quem precisa de cuidados em saúde mental. Na ação militante, há concordância em torno da necessidade de promover intervenções sobre a cultura, de modo a fazer caber a diferença nos diversos cenários da vida.

Fazer caber a diversidade, que simplesmente já existe na sociedade, requer uma revisão profunda da lógica normativa, classificatória e padronizante dos modos de estar na vida, que guia nossa organização social e, que, no setor saúde, se respalda na biomedicina e na visão da modernidade europeia que aqui chega, impondo um imaginário que separa natureza e cultura, objetificando os corpos-coisas, o que vem desembocando nas vidas capitais, como aponta Peter Pal Pelbart (2011).

Embora sejam ferramentas importantes, cabe destacar que os aparatos legislativos construídos não

são garantias absolutas da implementação da PNSM antimanicomial. Mesmo com a realização de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental/CNSM (1987, 1992, 2001 e 2010), em que democraticamente se legitimou o apoio ao caráter antimanicomial da reforma, ainda enfrentamos desafios.

A IV-CNSM, de caráter intersetorial, só ocorreu pela pressão das diferentes entidades do coletivo antimanicomial, organizados na Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em um cenário delicado, com o desestímulo a conferências específicas (BRASIL, 2010). Cabe destacar a existência de alianças políticas com forças de direita, manicomialistas, mesmo em um governo progressista.

Em contexto político também turbulento, em um governo com caráter de extrema-direita, que agenciou retrocessos marcantes na PNSM, como já indicado, e sem unanimidade do campo antimanicomial, foi definida a realização da 5ª CNSM, cujo tema é “A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em Liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da Atenção Psicossocial no SUS”, prevista para acontecer ainda este ano. Há de ser uma arena privilegiada do jogo político na defesa dos rumos democráticos/antimanicomiais do nosso processo de reforma.

A implantação de serviços territoriais vinculados à RAPS, indubitavelmente, é um significativo indicador da reforma, contudo é, outrossim, insuficiente para garantir as transformações demandadas. De acordo com o painel produzido pelo Desinstitute (2021), atingimos o número de 2785 CAPS no país em 2020; porém, ainda que sejam dispositivos estratégicos, é preciso considerar que também são cenários em que ocorre a tensão entre a lógica conservadora (manicomial, isolacionista) e a lógica instituinte (antimanicomial, territorial), tensão que se desequilibra, favorecendo a lógica conservadora, quando as comunidades terapêuticas entram em cena de forma muito mais evidente a partir de 2016, no Brasil pós-golpe.

A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica Brasileira parece ser, de fato, uma dimensão estratégica, e das mais criativas e reconhecidas no processo brasileiro, como destaca Amarante (2008), na perspectiva de envolver a sociedade na construção de outro imaginário social em torno da loucura; ao mesmo tempo, é um desafio ímpar, pois impactar os modos de perceber e se colocar no mundo exige ações muito mais fora do âmbito específico do Setor Saúde. Desdobra-se, assim, na invenção de outras relações sociais com a experiência de loucura, o que implica considerar que tal fenômeno não tem uma natureza própria. Foram produzidos regimes de verdade sobre a loucura, conectados ao processo de patologização do sofrimento psicoafetivo, empreendido sobretudo a partir

do final do século XVIII, com a criação da Psiquiatria, que assimila o atravessamento moral fundante dos hospitais gerais no século XVII, voltados a conter toda a sorte de “desviantes”, incluindo os loucos (FOUCAULT, 2005).

Não há como avançar nessa transformação dos modos de cuidar se não houver investimento em “cidades que curam”, como comunidades que respondem à imagem dos povos originários de que precisamos de toda uma aldeia para cuidar de uma criança. Tal como experimentado em Trieste e em Santos, esse movimento demanda uma análise das relações de opressão e exploração cristalizadas na nossa organização social, além das correspondentes definições no âmbito político, sob pena de não se sustentar. Basaglia indica que o que efetivamente precisa ser questionado, muito além do manicômio e da psiquiatria, é tudo o que nos territórios repele o que se definiu como loucura ou “doença” (2005). Em um cenário mundial de progressivo avanço de forças de extrema direita, o desafio se torna ainda mais significativo.

Não é possível avançar sem assumir perspectivas que combatam o racismo, a LGBTQIAPN+fobia⁵, o patriarcado, a pobreza, a gordofobia, o capacitismo, a intolerância

5 A sigla LGBTQIAPN+ abrange pessoas Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais, de acordo com o site Orientando (<https://orientando.org/>).

religiosa etc. etc. etc. Então, a reforma, cuja voz instituinte se respalda na mobilização antimanicomial, alinha-se com a construção de outros projetos de sociedade em que caibam todas as formas de viver. Trata-se, a rigor, de um processo de combate ao fascismo, enquanto defesa de um modo único de levar a vida, e, de modo mais radical, da defesa de que todos seres são vivos, inclusive a Terra, que é nossa mãe nuclear.

A vida é plural, tecendo-se em multiplicidades, e pede cuidado, pois, em sua fragilidade, só sendo cuidada existe e se propaga. Mudar a noção de que cuidado é do âmbito exclusivo do Setor Saúde é chave para cobrarmos, deste campo, seus compromissos mais amplos com a produção de mais vida nas vidas vividas. A matéria-prima do campo da Saúde Mental é a própria vida - de cada um/a/e e de todos -, e sua expansão. É fundamental seguir no ativismo em defesa da diversidade da vida. Sem crença em modelos. Sem crença em protocolos. Sem crença em caminho único.

Cuidado requer inventividade, ousadia, inovação, porque é intrinsecamente uma prática libertária, que se distancia de perspectivas higienistas e de controle. As experiências mais potentes no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira remetem a um profundo diálogo com a cidade e suas mais diferentes gentes, reconhecendo a diversidade e produzindo a

diferença, dado que a força maior da vida é outrar-se, metamorfosear-se. O próprio do vivo é se diferenciar. A cultura humana deve comportar a diversidade, marca maior da vida e, no campo da produção do cuidado, é fundamental desencaretar, pela revisão de valores morais que não são compatíveis com a reprodução da vida, em seu movimento permanente de expansão e diferenciação. Fazer como os povos originários, que dizem que tudo é humano e o que muda são as formas de sê-lo; assim, encarar que um rio, como o Amazonas ou o Opará (São Francisco), é um ser vivo e, como tal, sujeito de direito.

Em texto comemorativo dos 10 anos da Lei 10216, Paulo Delgado destaca que o trabalho de operacionalização dos princípios da reforma demanda “aliados nas Universidades, para abalar as certezas dos seus aparelhos acadêmicos, currículos ultrapassados e chefes que insistem em desconhecer a Lei” (DELGADO, 2011, p. 4703/4704). Em 2021, comemoramos os 20 anos da Lei, tendo sido inevitável constatar o quanto há ainda por transformar na produção do cuidado, no cotidiano dos diversos cenários. Este é o ponto nodal. Paulo destaca Nise da Silveira como pioneira na inovação no campo da produção do cuidado. Indubitavelmente foram preciosas suas ousadias, fundamentadas no afeto, em seu caráter revolucionário, e na arte, como criação que ativa o sensível e permite produzir sentido - jamais dado *a priori*

e sempre provisoriamente delineado - em meio aos fluxos existenciais.

Lauro (2023) destaca a psiquiatra alagoana como pioneira na luta antimanicomial, por sua atuação no HP localizado no Engenho de Dentro, bairro do Rio de Janeiro, hoje denominado Instituto Nise da Silveira. Já na década de 40, Nise denunciava a violência dos tratamentos psiquiátricos vigentes na época e ousou experimentar outros modos. Após a experiência de um ano e meio de prisão na ditadura do Estado, Nise disse ter adquirido uma “mania de liberdade” e isso pareceu guiar seus posicionamentos e investimentos terapêuticos.

Retomar a força instituinte parece ser a maior convocação em nosso arrojado processo de reforma que, a rigor, precisa se assumir em seu caráter revolucionário. O agir antimanicomial - portanto, democrático, antifascista, antirracista, anticapacitista etc. etc. etc. - demanda apostas cotidianas na prática de liberdade, como exercício permanente em nossas redes vivas (MERHY et al., 2014), fundadas em colaboração e solidariedade. Trata-se de um processo de construção de outras sensibilidades e sociabilidades, na direção de um radical acolhimento da diferença e da redução das desigualdades e injustiças produzidas em nossas sociedades.

Para além da implantação de serviços, é imprescindível investir na formação política de usuários/

as/es e em uma formação profissional que construa espaços para a experimentação de uma produção do cuidado guiada pela ativação do sensível e por um exercício contracolonizador. Assim, investimentos em projetos culturais/artísticos, de geração de renda, de fortalecimento de protagonismo e em dispositivos como centros de convivência não podem ser tomados como coisas acessórias no cotidiano das práticas de cuidado. Em nossas experimentações reformistas, tais foram as ferramentas mais potentes e revolucionárias de transformação efetiva de modos de cuidado e, quiçá, justamente por isso, menos valorizadas do ponto de vista da política de Estado.

A referência de Marco Cavallo, o cavalo azul de papel machê, que demandou a derrubada da parede de uma sala do hospital psiquiátrico desmontado em Trieste, para correr as ruas da cidade em louvação à diversidade e à liberdade, como mascote da reforma psiquiátrica por lá, nos inspirou profundamente. Aqui produzimos manto, samba, poesia e produtos artesanais. Arte! Dançamos embaixo de boi-bumbá, batucamos maracatus, vestimos cartolas, fabricamos fantasias diversas, viramos Loucos pela X, cantamos a Loucura Suburbana e vamos para as ruas. Fazemos festa como atitude política! Defendemos a liberdade, ainda e mesmo que tam tam, porque isso é da vida! Cuidado - que só pode se tecer em liberdade - demanda produção de alegria e alívio no viver como modo de resistência.

Faz muito tempo que nos diversos territórios dessa Terra Afropindorâmica se luta por liberdade, respeito e justiça social. O valor maior é mesmo a defesa da vida, nas multiplicidades em que ela se reinventa. E como tem se reinventado nesse país de mistura, em especial pela resistência dos povos afro-indígenas, que foram e seguem sendo massacrados.

No campo da Revolução da Produção de Cuidado em Saúde Mental, não cabe uma atuação clínica meramente. Mesmo que se expanda e amplie, a clínica ainda é pouco para os desafios a enfrentar. Qualquer produção de cuidado precisa necessariamente se revestir da luta por direitos e justiça social, sendo arte/cultura ferramenta axial, e não acessória, repetimos. Em um país com marcas permanentemente atualizadas do ato colonial, acirradas no contexto neoliberal, em que se fortalece a aliança entre saber biomédico e indústria farmacêutica, é fundamental escutar, com o corpo⁶, as diversas vozes e saberes que vêm sendo desvalorizados, para seguir produzindo outras saídas.

É preciso aquilombar, como indicam David e Vincentim (2020), na perspectiva de implementar práticas

6 Recomendação de Sandra Benites, em sua fala no Ciclo de Memórias Ancestrais promovido pelo SELVAGEM - Ciclo de Estudos sobre a Vida, em vídeo que estreou em 06.06.2023, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7egSmOGkEH0>. Acesso em 26 Junho 2023.

antirracistas como tarefa antimanicomial. Como destaca Passos (2018), é urgente reconhecer que “navio negreiro” é a expressão mais precisa para dizer dos horrores que vêm se perpetrando no país, pela lógica manicomial, a partir do reconhecimento de que o manicômio é social, reproduzindo-se nas relações.

Por mais que tenhamos avançado, para seguir é fundamental reconhecer a necessidade de desaprender algumas coisas e de construir novos aprendizados. Produzir cuidado em um sistema extremamente excludente requer capacidade de análise crítica, mas, fundamentalmente, ativação do sensível. Produzir cuidado na Terra Afropindorâmica é luta e arte, e arte na luta.

Para a produção deste texto, agradecemos à disponibilidade generosa, para profícuas interlocuções, de Flávia Freire, Helisleide Bonfim, Ianni Scarcelli, Laura Fusaro, Lidiane Guedes, Marcela Lucena, Maria Inês Badaró, Pedro Nazareno Barbosa Júnior, Renata Guerda e Simone Ramalho. Interlocuções a serem continuadas...

Referências Bibliográficas:

ABOU-YD, M. N. Mesa “30 anos de Luta Antimanicomial: histórico, análise de conjuntura e desafios”. In: **Relatório Final do Encontro de Bauru: 30 Anos De Luta “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”**, Bauru, 08 e 09 de dezembro de 2017, p. 40-42.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

BASAGLIA, F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: BASAGLIA, Franco; AMARANTE, Paulo (org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental**, 1990-2004. 5 ed. Brasília: MS, 2004, p. 17-20.

DAVID, E. de C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, spe 3 [Acessado 26 Abril 2022], pp. 264-277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>.

DELGADO, P. G. G. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, spe 3 [Acessado 16 Junho 2023], pp. 21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>.

DESINSTITUTE. WEBER, R. (org.) **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01**. Brasília: [s.n.], 2021. - 84 p. - ISBN 978-65-996043-0-0.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em 16 Agosto 2019.

LAURO, R.. **Nise da Silveira - psiquiatra rebelde**. 2023 Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2023/03/06/nise-da-silveira-psiquiatra-rebelde/>. Acesso em 21 Junho 2023.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290101, 2019.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

NICÁCIO, M. F. de S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2003.

NÚÑEZ, G.; Oliveira, João Manuel de; Lago, Mara Coelho de Souza. Monogamia e (anti)colonialidades: uma artesanaria narrativa indígena. **Teoria e cultura**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF v. 16 n. 3 Dezembro. 2021 ISSN 2318-101x (on-line).

PASSOS, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, 10(3), 10-23. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483> Acesso em 26 de junho de 2023.

PELBART, P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica** - 1ª. ed. 2ª. reimp. São Paulo: Editora Iluminuras, 2011.

SANTOS, A. B. **Colonização, Quilombo: modos e significados**. Brasília: INCTI; UnB; INCT; CNPq; MCTI, 2015.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. O movimento da Luta Antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 84-111, 2003.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO ORGANIZADORA DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** - Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.



O que é o manicômio?

Sílvia Maria Soares Ferreira

Manicômio é uma lógica de uma prática que encarcera, subjuga o outro como objeto numa relação de poder que anula a alteridade e tenta, estupidamente, impor sua vontade.

O manicômio nasce de um desejo de vingança e se sustenta por reiteradas punições.

O manicômio nasceu para mim com um tiro na cabeça. E eu fui ajudada a sobreviver, porque era mais vantajoso o destino de vinganças traçado para mim.

O manicômio, autoritariamente, arroga o que deve morrer e o que deve viver... E como deve viver. Ele produz a morte, mas pode produzir a vida. Mas, na lógica manicomial, o produzir a vida é para estender ainda mais o sofrimento.

Tem como alvo o corpo, a vida pulsante, para minar as liberdades, o desejo, a alegria.

Essa lógica mina todas as forças: de quem é alvo e seu algoz, numa relação doentia.

É uma força masculina opressora, burra, violenta que supõe dominar, normalizar o mundo segundo seu

critério unilateral. Anula a diversidade e impõe, numa relação de poder, sua visão rasa e intolerante.

Muitas mortes, adoecimentos, sofrimentos são causados por essa lógica. Dentro ou fora dos muros. De muralhas invisíveis cerceando as relações.

E os corpos resistem. E os corpos se fazem trincheiras nessa guerra. Como a visão de um poeta louco, encarcerado no manicômio, na década de 70. Trinta e cinco anos depois de Reforma Psiquiátrica, escreve em seu livro a imagem da ala escura, madrugada adentro. Vários loucos, agachados, pitando o seu cigarro. Podia-se saber que estavam ali pela luz das guimbas que, na escuridão, eram as luzes que faiscavam.

O manicômio é essa lógica autoritária, unilateral de poder que quer traçar os destinos dos corpos. E acredita, burramente, que irá conseguir. Mas a vida é um milagre e temos forças que nos transcende, potencializando nosso desejo de superação e transformação. Apesar de muitos que vão sendo retirados do caminho ou que desistem.

A Democracia é Antimanicomial. Por haver liberdade, diversidade e conflito. Que aprendamos a resolver nossos conflitos sem nenhum tipo de violência. Sejamos democráticos! Sejamos antimanicomiais!



O que é cuidado em liberdade?

Marcos Evandro

O cuidado em liberdade para mim é saúde. Minha história de vida é de altos e baixos. A maioria das pessoas tem o conhecimento da palavra cuidado ou até mesmo sabe citar os vários significados dessa palavra segundo o dicionário. Mas você já deve ter se perguntado várias vezes: o que é cuidado? E principalmente quando dizemos “cuidado em liberdade”, qual a diferença entre o cuidado e o cuidado em liberdade? Será que existe de fato possibilidade de cuidado sem liberdade?

Em minhas caminhadas rumo ao descobrimento do que eu tinha, passei por inúmeros trajetos que representaram uma verdadeira tortura para mim. Adoecido por motivos que ainda são desconhecidos por mim, porém cheio de teses formadas por vários profissionais da psiquiatria e psicologia.

Vivenciei alguns sufocos e penumbra de sentimentos, trilhas tortuosas pelas quais hoje posso chamar de tortura física e emocional sem dúvida alguma. História que mudou, quando eu e minha

família decidimos trocar o tratamento privado de clínica e, também, do hospital psiquiátrico, para fazer o tratamento em um dos serviços da rede substitutiva chamado CERSAM (CAPS). Essa mudança não foi simples, precisei de tempo para me adaptar assim como os profissionais. Minha conduta dentro do CERSAM era comparada a um filhote longe da mãe. Mas foi assim também nos outros lugares que passei, a diferença foi o carinho e cuidado que cada profissional daquele ambiente me proporcionou, profissionais como: copeira, auxiliares de limpeza, terapeuta ocupacional, enfermeira, assistente social, psicóloga, psiquiatra, administrativo e gerente, sem contar os estudantes que iam conversar conosco, a delicadeza parecia coisa de outro mundo. Pois é, parecia um lugar de outro mundo. Aos poucos descobri que a ideia de mundo que eu tinha antes do adoecimento já era adoecido, eram ideias de mundo muito inflexíveis, duro e as vezes brutal com o que é diferente a sua volta.

A Atenção Psicossocial, ao propor o cuidado em liberdade, afirma seu compromisso ético com as várias formas de subjetivação e refuta a busca por uma suposta normalidade. Propõe que o trabalho se oriente pela criação de possibilidades de vida tendo como balizamento o sujeito/cidadão em sua singular manifestação, com suas aptidões, suas escolhas e sua responsabilidade. Isso implica a consideração e o respeito às diversas formas de estar e viver em sociedade que não

necessariamente correspondem aos padrões ditados por uma moralidade e por um ideal de normalidade. (Escola de Saúde Pública, pág. 52)

Mesmo dentro daquele lugar acolhedor vivi situações tensas, práticas manicomiais podem acontecer nos serviços que eram para ser antimanicomiais. Por duas vezes tive pessoas agarrando meu pescoço e abrindo minha boca a força, pois quando mudava o medicamento sem me falar, eu me recusava a tomar. Hoje temos outros recursos, chamamos de Autogestão dos Medicamentos, também denominada como “GAM”. Acredito que tais práticas violentas tenham acabado nos CERSAMs, mas lutamos e lembramos de onde viemos para que coisas como essa não se torne práticas vivas na luta antimanicomial e nem sejam aplicadas em outros lugares.

Já com esse entendimento, comecei a conhecer a história da reforma sanitária, onde algumas pessoas me sugeriram a conhecer o centro de convivência barreiro, participado ativamente do movimento da luta antimanicomial, indo aos fóruns de saúde, nas reuniões do 18 de maio, participando de algumas reuniões do Fórum Mineiro de Saúde Mental e principalmente das reuniões de usuários. Comecei a entender o quão importante é a luta antimanicomial e porque o comprometimento com a produção do cuidado em liberdade é tão essencial. A cidadania e a saúde das pessoas, seja

elas portadoras de sofrimento mental ou não, estão protegidas pela nossa constituição, porém as políticas públicas estão sempre sendo mudadas por pessoas que só enxergam benefícios próprios. O nosso compromisso é relembrar e reafirmar as políticas públicas de saúde, que seus deveres continuam e nós estamos observando e lutando pela promoção de justiça social e defendendo a afirmação dos direitos humanos.

Direitos fundamentais, como morar, trabalhar, etc, não bastam por si mesmos, e nem serão jamais conquistados, se não se fazem valer outros, igualmente fundamentais: pronunciar-se, participar, escolher, responsabilizar-se. A posição passiva de receber benefícios pode ajudar a sobrevivência de um ser humano, mas não faz avançar sua vida. Cidadania é algo que só se exerce quando se partilha a palavra e se tomam decisões - encontrando para as questões que afetam a cada um seu registro na cultura. (DE SOUZA, 2006, p. 49)

A liberdade uma coisa que muitos querem... Principalmente nós que lutamos contra todas as formas de preconceito, racial, homofóbico, o preconceito sobre as diferenças... queremos liberdades de todas as maneiras... liberdade de expressão...

Eu já fiz essa pergunta antes e a farei novamente, o que é liberdade? Muitos pensam que liberdade é estar nas

ruas em vez de estar atrás das grades em uma prisão. Mas podemos estar livres e não ter liberdade, como em muitos países com governos ditatoriais, como foi no Brasil nos anos da ditadura, em que os artistas e grandes pensadores camuflaram suas obras com metáforas para expressar seus pensamentos sobre uma determinada situação.

A liberdade não é simplesmente fazer tudo o se quer. Em Amor e Fracasso, Fanon faz uma comparação de que o indivíduo fracassa ao não respeitarmos o direito do outro. Já dizia Rotelli:

Mas a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais. (AMARANTE, 2008, pág. 41)

Quando cheguei ao Centro de Convivência, essas práticas se tornaram muito mais visíveis e reais, com arte e canções tenho levado a minha conscientização para todos os lugares onde me permite entrar com nosso carisma e principalmente com a potência da história construída na reforma sanitária de 1988.

Política, politização, história é vivência.

Cuidado em liberdade é poder andar com seus amigos, respeitar suas diferenças, valorizar a

simplicidade de cada um sem perder sua própria autonomia, fazer entender por meio do diálogo que ninguém está acima de ninguém. Talvez seja lúdico ou até mesmo engraçado fazer tal afirmação. A filosofia teve um papel muito importante na Grécia antiga, teve grandes pensadores, estudiosos das palavras e do social. Hoje eu sou um homem lúdico, sim, sou louco! Mas dentro da dita loucura, aprendi que o social está tão exalante em mim, quanto nos grandes pensadores, graças a todos os serviços substitutivos, aos que militam, aos usuários dos serviços de saúde mental e à maioria dos trabalhadores desta imprescindível rede de atenção psicossocial.

VIVA O SUS!

Referências Bibliográficas

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Guia para o Trabalho nas Redes de Atenção Psicossocial em Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2022

DE SOUZA, Marta Elizabeth. **Atenção em Saúde Mental**. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2006.

AMARANTE, Paulo; DA CRUZ, Leandra Brasil, organizadores. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro (RJ): LAPS; 2008. p. 65-80.



Recovery

Rogério Rodrigues Carvalho
Paulo José Azevedo de Oliveira
Mark Napoli
Políbio Campos
Marcos Evandro

Todas as pessoas, independente de identidade de gênero, identidade racial, crença, de possuírem um sofrimento mental ou de usarem álcool e/ou outras drogas, têm o direito a uma vida social plena e de significado junto à comunidade de sua escolha. Comunidade aqui se refere a relacionamentos e rede social que dá suporte, amizade, amor e esperança produzindo um sentimento de pertencimento. Vida plena significa acesso a saúde com decisão compartilhada, escolha e bem-estar emocional; acesso a moradia digna com estabilidade e segurança; e poder exercer um propósito ou projeto de escolha para a vida através de atividades diárias de significado como o trabalho, lazer, poder gerar renda, poder participar dos processos políticos, enfim, e participar ativa e plenamente da sociedade. Todas as pessoas têm direito ao exercício pleno e independente da sua cidadania. Pessoas em sofrimento mental ou usuárias de álcool e outras drogas

que estão em movimento estão na luta por seus direitos de exercício pleno da sua cidadania em diferentes países do mundo se denominam como pessoas em Recovery.

A sociedade brasileira ainda possui diversas estruturas que discriminam pessoas em sofrimento mental ou usuárias de álcool e outras drogas, limitando o acesso a saúde, moradia, trabalho, renda, vida na comunidade, ou seja, ao exercício pleno da sua cidadania. Recovery pode ser entendido, neste contexto, como a construção e consolidação de estratégias para a superação destas barreiras que impedem ou limitam o acesso a uma vida plena e de significado na comunidade. Recovery não se refere a cura ou redução de sintomas ou à aquisição de percepções ou habilidades. Recovery se refere ao exercício da cidadania e viver plenamente na sociedade mesmo que manifestando sintomas de ou em sofrimento mental ou em uso de álcool e/ou outras drogas.

O conceito de Recovery tem suas raízes no movimento dos sobreviventes ao manicômio e, progressivamente, em nível global, passou a significar e organizar os processos de luta, os objetivos, as táticas e estratégias de um movimento político e social pela afirmação e construção da cidadania e direitos dos sujeitos portadores de sofrimento mental. Este movimento faz questão de destacar a autonomia, a

regência e o protagonismo dos cidadãos portadores de sofrimento mental nas “jornadas pessoais e coletivas de Recovery”, destacando essa articulação necessária entre o singular de cada um e as lutas políticas e coletivas. A força das suas origens e o movimento empreendido transformaram o Recovery e seus princípios em diretrizes de propostas e políticas de saúde mental, no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e em dezenas de países, nos últimos 20 anos.

Recovery, cidadania plena, determinantes sociais e racismo estrutural:

Basaglia, em um dos seus últimos escritos, nos advertiu que a caminhada para desconstrução da biopolítica do manicômio e exclusão da loucura poderia ser longa e dependia do grau de ativação possível da participação do usuário na sua comunidade e do suporte a ser desenvolvido na comunidade (Basaglia, 1980). E, obviamente, não basta termos políticas, gestores e profissionais “iluministas” do lado da luta antimanicomial e da Reforma. Conforme destacou Davidson (Davidson, 2017), lendo o texto de Basaglia, a construção da cidadania plena no território, é o horizonte inescapável da desconstrução das bases do manicômio. É necessário, quando falamos de Recovery e cidadania, construir a hegemonia da posição e força

política adequada a esses objetivos, ou seja, aquela que expresse a perspectiva do seu ator principal, o usuário.

Nos países colonizados e subjugados ao imperialismo, tal como o Brasil, as desigualdades sociais graves e estruturais estão presentes, e as condições para a conquista do recovery e cidadania plena estão permanentemente ameaçados. Somos um país cuja história e formação social produz a subcidadania como condição estrutural para uma massa de excluídos, principalmente, para as vítimas da ordem escravocrata. Combinamos e superpomos a exclusão econômica e a de raça - um racismo estrutural persistente - os quais produzem uma classe social de subcidadãos (Souza, 2009; Souza, 2018) excluídos da ordem econômica, política e social, privados do acesso a cidadania. A maioria dos usuários da RAPS brasileira é pertencente a essa classe dos subcidadãos, descendentes dos escravos, pretos e pardos, os quais arcam com uma tríplice exclusão, estrutural, histórica e geracional: a econômica, a de raça e a decorrente condição de serem portadores de sofrimento mental.

Em nosso país, é fundamental enfrentar essa questão estrutural, construir a força, o movimento político e as condições de possibilidade para produção de cidadania plena dos nossos usuários em suas jornadas de recovery.

O protagonismo do usuário na comunidade:

Ser portador de Sofrimento Mental é uma vida muito dura, pois o mercado de trabalho exclui muitos e o preconceito deixa essas pessoas isoladas do amor da família e do respeito social. Assim como por influência do movimento feminista, do movimento negro, foram criadas leis para proteger as mulheres de uma sociedade patriarcal que subjugava as mulheres; e leis para proteger as pessoas de cor negra contra o racismo estrutural e injúrias raciais. Os portadores de sofrimento mental precisam de leis para os protegerem, para obrigar a sociedade a respeitá-los e para terem direito a tratamento, com possibilidade de se ausentarem do trabalho para se cuidarem. Para os portadores de sofrimento mental nem tudo deve ser tratamento; ele precisa do direito de existir, mesmo sendo diferente. Os chamados “loucos” devem sair do código penal e irem para o código civil, com direito de existirem de forma diferente; é a chamada Loucura Cidadã. Não queremos a cura, queremos o direito de existir, com direito a inclusão social, mobilidade urbana, lazer, cultura, moradia. Com direitos garantidos, tratamento adequado e sentimento de pertencimento a um território fica mais fácil ser feliz e ajuda a não patologizar todos os comportamentos e nem terapeutizar todos os procedimentos dos usuários e praticar o uso abusivo de psicofármacos contra essas pessoas. É muito importante saber dos desejos, dos

prazeres e dos hobbies que podem dar sentido à vida e consolar os portadores de sofrimento mental para levarem uma vida com relações na comunidade e na família.

Estratégias de empoderamento no cuidado em saúde mental:

Nós todos conhecemos exemplos do nosso cotidiano em que pessoas com experiências de ou em sofrimento mental dão suporte a outras pessoas em sofrimento mental. Do exemplo nas palavras de uma colega - “Quando eu estava internada na unidade psiquiátrica, nós, as usuárias, éramos o maior apoio umas para a outras. Nós nos ajudávamos enquanto as enfermeiras se sentavam atrás da bolha de vidro” (Bellamy et al, 2017) - ao belíssimo trabalho feito pela Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM), em um certo sentido, o apoio, ajuda mútua ou suporte entre pares faz parte das nossas vidas desde o início dos tempos. No início dos anos 1990 vários países passaram a incorporar a estratégia de suporte de pares no cuidado em saúde mental no formato de um serviço. Para isto, o suporte de pares tornou-se uma profissão remunerada.

Hoje o suporte de pares é reconhecido e incentivado pela OMS. Nesta estratégia, pessoas com experiência de sofrimento mental são contratadas para trabalhar dando suporte para outras pessoas em

sofrimento mental. Uma definição de suporte de pares por Mead, 2003, é: “um sistema de dar e receber ajuda baseado em princípios fundamentais de respeito, responsabilidade compartilhada e acordo mútuo sobre o que pode ajudar.” O suporte de pares no cuidado em saúde mental é eficaz e efetivo para endereçar isolamento e solidão, discriminação e preconceito, e os diversos determinantes sociais da saúde, diminuindo a descontinuidade no cuidado em saúde mental e de outras doenças crônicas, empoderando pessoas em sofrimento mental, aumentando sua auto-estima, autonomia, esperança e sentimento de pertencimento. Neste movimento, convidamos a todos para ajudar a construir o caminho para que pessoas em sofrimento mental em cuidado no SUS possam se beneficiar desta bela prática de cuidado antimanicomial.

Coparticipação do cuidado e da gestão

A OMS, desde 2013, estabeleceu a orientação e abordagem do Recovery como diretriz central dos seus planos de ação para a saúde mental global e local, destacando que o Recovery:

Refere-se e combina as condições internas experimentadas pela pessoa que se descreve como estando em recovery - esperança, reestabelecimento, empoderamento e conexão - e condições externas que facilitam recovery

- implementação de direitos humanos, uma cultura positiva de reestabelecimento e serviços orientados em recovery. (WHO, 2013-2020. p.39)

Nos seus documentos mais recentes (WHO, 2021-a; WHO 2021-b) a OMS reforça e estabelece referências mais concretas sobre o que significa serviços, estratégias e políticas orientados pelo Recovery. E, particularmente no seu Guia de Orientação 2021 (Guidance, 2021 - tradução OPAS 2022), a OMS nos trouxe experiências concretas, avaliadas e descritas com detalhes, de serviços orientados pelo Recovery ao redor do mundo e que adotaram:

Boas práticas e respostas de base comunitária sob a óptica dos direitos humanos, promovendo direitos fundamentais como igualdade, não discriminação, capacidade jurídica, consentimento livre e esclarecido e inclusão social, um roteiro para pôr fim à institucionalização, à hospitalização e ao tratamento involuntário. E descreve etapas específicas para a construção de serviços de saúde mental que respeitem a dignidade inerente a todo ser humano. (WHO, 2021 - tradução OPAS 2022)

Mas, é importante salientar, que as políticas, estratégias, serviços e iniciativas orientadas pelo Recovery precisam de forma ativa e coparticipativa envolver os gestores, profissionais, sociedade civil e, principalmente, os usuários, sujeitos com experiência vivida de sofrimento mental e desabilidades psicossociais.

O grau de envolvimento e protagonismo dos sujeitos portadores de sofrimento mental com a realização e implementação do Recovery na comunidade, na política e nos serviços definirá o grau de avanço e limites das Reformas Psiquiátricas. A existência e efetiva implantação de serviços orientados pelo recovery, a coprodução plena do cuidado e da cidadania, deve ser medida pelo grau de atuação e regência, protagonismo dos usuários nos seus projetos terapêuticos e em todas as iniciativas que visam dar suporte a sua inclusão social, cidadania e conquista de direitos.

A radicalidade e prática dessa orientação começa com a afirmação de protagonismo e regência da própria vida - desde o Projeto Terapêutico do usuário, tal como nos destacou uma liderança e pesquisadora com experiência vivida:

Recovery, para mim, significa que eu tento ficar no 'banco do motorista da minha vida'. Eu não deixo que minha doença me dirija... estar em Recovery significa que eu não só tomo medicamentos. Apenas tomar medicação é uma postura passiva. Em vez disso, tomo medicação como parte do meu processo de Recovery. Da mesma forma, eu não vou ao hospital... Em vez disso, uso o hospital quando eu preciso dele. (Deegan, 1989)

Estamos destacando a força, a potência e, mais ainda, o grau de reconhecimento que a nossa Reforma

desenvolve com relação a experiência vivida, às práticas e saberes dos usuários, seja na condução de suas vidas, dos seus cuidados pessoais, dos seus processos de conquista da cidadania, seja como práticas e saberes com paridade e mesmo estatuto profissional, tal como acontece nas diversas modalidades e experiências de suporte de pares no Brasil e no Mundo.

As atividades desse eixo visam problematizar o tema, os seus horizontes e desafios e trazer à luz experiências concretas e iniciativas internacionais, nacionais e locais que efetivam a coprodução do cuidado e cidadania lastreada no reconhecimento pleno da experiência vivida e no protagonismo dos nossos usuários.

Referências:

WHO (2021) *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.

WHO (2021) *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*

Deegan P. (1989) *A letter to my friend who is giving up*. Cromwell, CT: Connecticut Association of Rehabilitation Facilities.

BASAGLIA F. *Crisis intervention, treatment, and rehabilitation*. *World Hospitals*, 1980, 16(4): 26-27

Davidson L. *AFTER THE ASYLUM: A BASAGLIAN-INFORMED VISIN OF RECOVERY-ORIENTED CARE*.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.125-136, 2017.



O que é o cuidado no território

RELATO DE UMA EXPERIENCIA

Marta Elizabete de Souza

Desejo agradecer enfaticamente esse convite que os organizadores tiveram a gentileza de me fazer, porque ele tem para mim um valor muito grande, tanto no aspecto sentimental quanto no político. O valor sentimental está relacionado tanto às amizades que construí no território em que atuei e que me inspiram até hoje, quanto no aspecto político, pois o cuidado no território, além de ser o primeiro ponto de contato, é o ponto principal da atenção à saúde.

Início fazendo uma breve descrição de minha trajetória no SUS que se deu no final do ano de 1986 por meio de concurso público para atuação na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Em 1991 também fiz concurso para a prefeitura municipal de Betim, para também atuar na área da saúde. É importante destacar que meu ingresso na área da saúde pública ocorreu num momento histórico e político do Brasil, onde a sociedade estava ávida por mudanças e com muita esperança de reconstruir e construir a democracia

no país, para promover mudanças significativas em diversas áreas, inclusive na saúde. A força desse desejo e consciência coletiva impulsionou e motivou centenas e milhares de pessoas a construir o Sistema Único de Saúde, aprovado na constituição federal de 1988, por diversos territórios brasileiros onde as desigualdades sociais se evidenciavam de maneira dolorosa para as populações deste mundo. Há duas áreas das políticas públicas capazes de revelar uma melhor qualidade de vida das pessoas que são: saúde e educação e infelizmente são áreas extremamente penalizadas pela maioria dos governantes do nosso país. Apesar de termos em nossa constituição uma diretriz clara e norteadora do sistema de saúde do Brasil, os meus 35 anos de trabalho atuando nesse sistema conhecido como SUS, deixou claro que ele ainda não se efetivou tal qual preconizado na constituição. Destaco, no meu ponto de vista alguns fatores que contribuíram significativamente para isso:

- A fragilidade das instituições governamentais, principalmente no âmbito dos municípios;
- O não cumprimento pelos estados da federação de seus efetivos investimentos orçamentários no setor, sob alegação de falta de recurso, quando sabemos que a questão é da ordem de priorização de investimentos;

- As gestões de saúde dos municípios e mesmo do estado em alguns pontos não se organizam por fragilidade de várias ordens: econômicas, cognitivas, políticas, entre outros;
- A não qualificação permanente dos profissionais da área da saúde, quando de seus ingressos no SUS.

Mesmo com a estruturação gradativa do sistema e de avanços terem ocorrido ao longo desses 35 anos, a realidade socio-sanitária do país ainda apresenta muita precariedade, principalmente em regiões com vazios assistenciais onde o acesso aos serviços de saúde para a população ainda é bastante precário. Minas Gerais é um estado com mais de 20 milhões de habitantes com 853 municípios que, em termos do desenho geográfico da saúde, se divide em 14 macro e 89 microrregiões de saúde. Destacamos que algumas macrorregiões precisam ainda de muito investimento da área da saúde e principalmente da saúde mental, nesse sentido citamos as macros: Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Sudeste e Vale do Aço.

Essa realidade é constatada diariamente nos territórios onde estão presentes as unidades básicas de saúde com as suas equipes de profissionais, especialmente as equipes de saúde da família, ao mesmo tempo a vivência cotidiana no território é muito satisfatória e retribuidora. Nesse sentido, proponho

compartilhar minha experiência enquanto psicóloga, trabalhador da saúde mental na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Dom Bosco”, localizada no município de Betim, no ano de 2017 e 2019.

Uma breve descrição do território Dom Bosco:

A UBS é referência para o bairro Dom Bosco, Betim Industrial e algumas sessões do bairro Jardim Alterosas, perfazendo um total de quase 20 mil habitantes, porém a população cadastrada na unidade é em torno de 15 mil. Destacamos que muitas famílias não se cadastram ou por terem planos de saúde ou por serem migrantes temporários ou pelo próprio desejo. Até dezembro de 2019, a UBS contava com 4 equipes de saúde da família, 1 gerente, auxiliares administrativos, recepção, sala de vacinação, sala de curativo, marcação de consultas e exames especializados, sala de coleta para exames diários, farmácia para dispensação de medicamentos, equipe de NASF composta por assistente social, nutricionista, fisioterapia e fonoaudiologia e equipe de saúde mental, composta por 2 psicólogas (adulto e infanto-juvenil) e 1 psiquiatra. Destacamos que a PUC-Betim, por meio de convenio com a prefeitura, também atuava na UBS com alunos do curso de medicina, sob supervisão de uma professora psicóloga do referido curso.

O Trabalho na Dom Bosco:

Quando cheguei na unidade de saúde, estava acompanhada pelo coordenador municipal de saúde mental do município, que já havia articulado com a coordenadora da atenção primária a saúde e a gerente da unidade com a anuência e concordância do secretário municipal de saúde a implantação da política de saúde mental para atenção básica, por meio do matriciamento. Num primeiro momento, me receberam com uma certa atmosfera de desânimo e pessimismo, do tipo “Eu já vi isso”, “Já vi esse filme”, “Dá para acreditar? Vai dar certo”? A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) era composta por servidores públicos municipais, alguns estaduais cedidos para o município. Digamos que foi uma recepção com certa desconfiança, no entanto, minha atitude foi de perguntar e conhecer o trabalho por eles desenvolvidos. Somente após este período demos início ao trabalho de **matriciamento**. Este trabalho consistiu no compartilhamento de informações sobre a situação de saúde dos usuários e de suas famílias e da compreensão das necessidades de cada um e como essas estavam influenciando o processo de saúde-doença de cada usuário e quais as estratégias de intervenções que poderíamos pensar para contribuir para a melhora da saúde, na verdade cada discussão de caso significava tecer uma rede de proteção, principalmente para as pessoas mais vulneráveis e adoecidas do território.

As reuniões eram semanais, com duração de 1h para cada equipe, salvo quando uma das equipes apresentasse muitos casos para discussão. Nesse mesmo período eram informadas as atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde, desenvolvidas na unidade com a inclusão ou não dos casos discutidos. Ainda nesse mesmo espaço, eram estabelecidas as visitas e/ou atendimentos domiciliares sempre realizados com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) responsáveis pela abrangência de moradia do usuário, com a ida da enfermeira, do médico (quando possível), do técnico de enfermagem da equipe e/ou outro colega que compunha o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Muitas vezes eu ia apenas com a agente comunitária de saúde.

Muitas atividades foram desenvolvidas, tais como: atendimentos individuais no consultório, reuniões de matriciamento com as equipes do Programa da Saúde da Família (PFS) e Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), participação em atividade dos grupos realizados na unidade, juntamente com outros colegas, comemorações dos aniversariantes do mês, passeios com os usuários no cinema/shopping, realização de bazares, articulação com outros serviços do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) como o CRAS, CREAS, Escola, Igreja, PM e/ou articulação com outras instituições para além do território local, tais como o CAPS de referência, Ministério Público, poder judiciário, hospitais gerais do

município e de Belo Horizonte, articulação com outros municípios quando o usuário tinha família em outra cidade. Desenvolvimento de ações para de realocação de pessoas para moradia e abrigo que, embora fossem do território, se encontravam em situação de rua. Todas essas ações desenvolvidas nos permitiram conhecer de uma forma mais próxima o território da Unidade Básica de Saúde Dom Bosco, no entanto, posso afirmar que alguns setores desse território não pude conhecer de forma profunda, por exemplo, a possibilidade de transitar e conviver em alguns pontos onde cenas de uso de drogas que se faziam e se desfaziam com muita rapidez, onde alguns jovens se encontravam. Também não conheci o território de maneira profunda em seu período noturno e não tive oportunidade de participar de nenhuma festa da comunidade em si, tipo quermesse, frequentar cultos religiosos, festas nas escolas, apenas as festas que aconteceram nas unidades de saúde.

Podemos afirmar que a implantação das equipes de saúde da família significou um salto de qualidade para a população do que diz a ampliação do acesso a mesma às unidades de saúde. Houve uma inversão da lógica anterior, onde a população é quem ia até o serviço e agora, o serviço de saúde vai até aos domicílios, possibilitando um conhecimento mais profundo da vida dos moradores. Por isso trabalhar no território é a base do nosso trabalho, é o local onde

acontece as trocas materiais, espirituais, emocionais, relacionais das experiências da vida sobre as quais ele influi. Quando se fala em território estamos falando de uma ferramenta utilizada pela atenção primária que permite o conhecimento e a realização de diagnósticos e assinalar as possíveis necessidades de intervenções coletivas, tanto para a localidade quanto para cada pessoa que o habita. O território é, pois, um espaço de relações diversas e de práticas de solidariedades estabelecendo redes informativas e relacionais, para contrapor as outras redes que também habitam o território, como as redes de violência e de opressões.

Considerações finais:

Sabemos que pessoas com transtornos mentais e o uso prejudicial de álcool e outras drogas são caracterizadas como condições de saúde que exigem tratamentos contínuos e por tempo indeterminado. Em muitos momentos, essas mesmas pessoas convivem com a agudização dessas condições necessitando de estarem em serviços de urgência por um determinado período, retornando posteriormente para seus territórios. Nesse sentido o matriciamento em saúde mental realizado na atenção básica é imprescindível para atenção contínua dos usuários.

A unidade básica de saúde com suas equipes de saúde da família é um ponto de suporte, local de

proteção da vida das pessoas e deve criar espaços permanentes de diálogo com a população para discutir propostas que contribuam para o avanço dos serviços prestados, bem como o avanço de melhorias para o próprio território tais como: construção de áreas de lazer, de prática de esportes entre outras.

A criação das comissões locais de saúde também é um espaço de construção de cidadania por meio de discussões das questões locais de saúde, que devem ser remetidas para as discussões dos conselhos municipais de saúde que dessa forma passam a exercer de maneira democrática e mais transparente o seu papel de controle social.

Por fim podemos dizer que o território é o lugar onde se estabelece trocas sociais, da vivência e convivência dos problemas de saúde, onde as equipes de saúde podem se comunicar entre si e com a população, trocar informações e podem construir resistência e atos políticos.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : 2013. 176 p. : il. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde-Belo Horizonte**. ESP-MG, 2009.



O que é a Redução de Danos

Alison Ferreira dos Reis

Olá, me chamo Alison, sou trabalhador do consultório na rua, e antes mesmo de ser trabalhador já vivia em prática a trajetória de vida nas ruas. Já fiz uso de várias substâncias, coisas que não faço mais, substâncias como thinner, cola, crack, coisas que realmente rolam nas ruas.

Eu já dormi na Praça da Estação, viaduto Santa Tereza, Praça da Rodoviária e também fiquei por muito tempo transitando pelas ruas do bairro São Paulo que foi o bairro em que conheci o atendimento do Consultório na Rua. Na primeira vez, confesso achei meio estranho aquele pessoal de branco me fazendo um tanto de pergunta, mas era uma galera que, ao estar do lado deles, você, por alguns momentos, conseguia esquecer o uso da substância e através deles conheci a redução de danos.

O que é a redução de danos? É um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do uso. Após um longo tempo fazendo uso de crack pelas ruas de Belo Horizonte, um dia decidi deixar

de fazer uso da substância, foi aí em que abracei as propostas do consultório e pude perceber que realmente se seguir aquilo que as meninas de branco falam, você consegue voltar a se organizar novamente para sair das ruas e voltar a ter uma rotina comum.

A primeira coisa em questão foi minha documentação, por estar na rua e por várias vezes me mover de maloca, em uma dessas perdi minha bolsa com todos os documentos; aí a assistente social Brenda e toda a sua equipe de profissionais foram me ajudando, nem sempre eles podiam me acompanhar por trabalhar no período da tarde, mas a pessoa realmente tem que começar a fazer movimentos também, pois fica difícil ajudar uma pessoa que não quer sair ao menos do lugar. Quando ela não podia me acompanhar me fornecia os vales transportes, a primeira coisa foi tirar minha certidão de nascimento para em seguida estar tirando a identidade. Já com a certidão de nascimento na mão e a identidade já com data para ser entregue, por orientação da Brenda, voltei no CREAS que era na avenida Cristiano Machado, mas é um lugar que dava uma fila bem grande e por isso teria de chegar cedo.

Quando cheguei lá fui bem atendido pela moça que atendia a galera da rua, ela me fez uma série de perguntas e me orientou sobre uns direitos que tinha e não sabia. Eu

juro que eu não sabia que morador de rua tinha direito ao bolsa família e o bolsa família realmente foi importante para a minha saída das ruas, pois você já ter uma pequena renda mesmo que seja no final de mês já ajuda demais. Aí ela também fez minha inscrição no CadÚnico. Beleza, já recebia auxílio e já tinha documentação em mãos coisa que me possibilitou dormir no abrigo São Paulo.

Chegava ao abrigo, jantava, tomava um banho quente e, graças ao abrigo, já não dormia mais nas ruas. Mas, no abrigo, há horários como de desligar a televisão, horário para desligar o chuveiro, inclusive tinha hora de levantar também e, no tempo que frequentei o abrigo, às 6 da manhã todos tem de estar já fora das dependências, depois de ser ofertado o café da manhã. Apesar de que isso ajuda bastante, pois alimentado se pensa melhor como fazer para arrumar dinheiro, é uma rotina que gera sofrimento.

Junto com o dinheiro do auxílio, mais o dinheiro que fazia coletando reciclagens e com ajuda de uns amigos do bairro São Paulo, tipo o Jefim, o Doquinho, o ferro velho, a Mirian, o Vanderlei pedreiro, os Baianos e várias outras pessoas que me orientavam, fui me organizando. Inclusive alguns se ofereceram para me ajudar a guardar dinheiro, pois mesmo morando no abrigo seria bom ter alguém que eu pudesse confiar para guardar valor em espécie, pois, por ser negro e conviver em meio as ruas constantemente,

era abordado pela polícia, e sabemos que nem sempre eles são compreensivos com a população de rua.

Depois de muita luta conseguir juntar uma quantidade de dinheiro razoável, nessa parte veio o Vanderlei que me via sempre em meio as lutas, aí contei a ele sobre o desejo de sair das ruas e fazer um pequeno barraquinho para mim na Vila Andiroba, pois eu já tinha conseguido a autorização da comunidade né, esse grande amigo me falou: “faz o dinheiro do material que eu vou construir pra você.”

O que aconteceu é que, eu brincando com um amigo, rompi os ligamentos do joelho esquerdo e, segundo o médico da UPA Norte, eu teria que operar para fazer os ligamentos do joelho, coisa que seria mais ou menos 6 meses de recuperação. Pronto agora estava morando nas ruas e sem nem poder colocar a perna esquerda no chão, foi uma parte bem complicada viu? Mas pude contar com vários amigos da vila, vários moradores, muitas pessoas do lugar se comoveram com minha situação e viram que não estava sendo fácil, pois agora com os ligamentos rompidos, já não conseguiria acessar o popular para estar almoçando.

Graças à solidariedade de Dona Mirian do ferro velho, negão, Jefim, Mirian do Boi, Cecilia ex-moradora da vila e mais o povo da doação, tipo o evangelista cadim que sempre estava com projetos sociais ali, se

faltou um almoço ou janta foi por pouco tempo. Galera do Consultório na Rua Nordeste arrumaram uma muleta para estar me locomovendo, o povo do abrigo São Paulo que me fornecia o banho a janta e, também, me ofereceram para ficar de permanência dia por lá. Mesmo sem fazer cirurgia pulei essa fase após 2 meses sem nem o joelho conseguir firmar.

Meu joelho melhorou e foi onde pude voltar a dar seguimento ao meu plano de sair das ruas, e vou ser sincero, por não ter feito a cirurgia não posso mais fazer coisas como jogar bola, correr por longo tempo, pular de lugares altos, mas consigo me locomover. Devagarzinho, após um ano difícil, consegui construir minha casinha, levantando cedo pra trabalhar de servente, às vezes no corre das bala no centro e também com a ajuda do auxílio.

No começo em que estava deixando a substância, me envolvi em outra, mas agora essa já era uma droga lícita (álcool), onde através de vários dias usando álcool associado ao uso do cannabis conseguir deixar o crack. É coisa que temos que superar dia após dia, e mudar a rotina também é uma tática importante para não estar regressando ao uso, e agora, como já tinha um pequeno barraco já conseguia me organizar, comprar minhas coisinhas, foi maior alegria para mim voltar a cozinhar em casa, pois quando comentava com as mulheres que

sabia cozinhar, muitas riram. Agora que tinha casa, um amigo meu junto com toda essa galera que se chama Hudson que me viu lutando, lutando, pra ver se a vida melhorava falou comigo: “Faz sua casinha que assim que você acabar eu te arrumo um emprego.”

Eu após anos nas ruas vivendo só de bico, ter um emprego seria tudo o que queria para voltar a viver uma vida comum, e realmente ele me arrumou um emprego de ajudante em uma empresa e também fiz diversos bicos com ele de gesseiro. Ele me apresentou um rapaz chamado Gustavo; um rapaz super gente boa que estava precisando de ajudante de obras e bastante simpático me chamou para estar trabalhando com ele e sua equipe na empresa Feito à Mão, que faz serviços dentro dos prédios do TER. Ali fiquei por 3 meses da minha vida, e super gostava de trabalhar lá pois a galera é da paz, indiferente de trabalhar pesado, a galera é todo mundo brincalhão e bastante unido, coisa que fez me sentir super acolhido pela aquela galera.

Até que um dia aquela assistente social da equipe nordeste quem me ajudou, me ligou em um dia de trabalho no TRE e me perguntou se eu teria interesse em trabalhar como redutor de danos. Eu disse a ela que teria interesse sim e que seria uma honra estar trabalhando no Consultório na Rua. Após esse contato, ela me orientou a estar entregando a ela um currículo meu caso eu tivesse em mãos. Assim, ao final do dia,

fui ao encontro dela para estar entregando o currículo e, após duas semanas, fizeram o contato comigo para participar de uma seleção para redutores de danos. Eu ainda nem tinha ganhado a vaga, mas só de participar já estava super feliz, além de viver a redução de danos, fui atrás de mais conteúdos, procurei vídeos, vi matérias na internet com grandes redutores, até que então chegou o dia!

Me pediram para estar comparecendo a regional noroeste e lá estava, calmo, tranquilo, beleza, cheguei em frente as moças que estavam no dia, e aí a entrevista fluiu tive de responder umas perguntas. Respondi como eu conheci a redução de danos e o que eu entendo de redução de danos. Rolou um papo bem tranquilo viu, aí, após uma semana e meia, eu recebi a ligação da coordenação do consultório me parabenizando pois eu tinha ganhado a vaga. Aí IRMÃO, não sabia se ria, se chorava, se virava cambalhota, a alegria era nítida em minha face viu, de ex-usuário acompanhado pelo consultório, eu estava me tornando um profissional.

Hoje sou trabalhador das ruas, ainda posso falar que a cada dia aprendemos um pouco com a galera, as trajetórias de vidas não são iguais, as dificuldades vão de pessoa pra pessoa. Quem acha pra mim que população de rua é tudo igual, não sabe o que se passa e não tem nenhum pouco de empatia com a dor do

próximo, pois como eles estão nessa situação hoje, eu já estive um dia, e se me perguntar se eu realmente acredito na redução de danos eu afirmo com certeza de que é possível sim.

A Redução de Danos é assim: através de intervenções, das orientações, dos conselhos, da arte educação, da conversa com a galera e a entrega de insumos fazemos cuidado. Para realmente vermos o serviço em efeito, precisamos estar nas cenas de uso sim, nos lugares onde a galera está, mas não com um olhar de superioridade, mas com um coração acolhedor sabendo que a grande maioria da galera está precisando de pessoas para ajudarem, não para apontarem o dedo.

Voltando o olhar para o nosso serviço, o Consultório na Rua, somos um serviço da Atenção Primária que atende a população de rua, ofertando o cuidado em saúde, e o direito à cidadania. Levamos usuários em consultas, para buscar medicação, acompanha em consultas, e com o apoio de outros serviços da rede, conseguimos estar ajudando a galera da rua a estar tirando a documentação, para que eles como eu possam estar acessando abrigos, ter direito a benefícios governamentais para realmente a galera ter uma vida com menos luta, pois em dias de chuva e de frio enquanto estão todos em suas casas, tem muitas pessoas embaixo de marquises e viadutos que realmente precisa da gente.

Por isso, cada dia mais me sinto gratificado em estar fazendo pelo próximo hoje o que fizeram por mim no passado. Não medirei esforços para estar ajudando essa galera, pois eu acredito, já conheci diversas pessoas que faziam uso de substâncias e conseguiram sair. Pra mim quem fala que todo mundo é igual e que todo mundo não tem jeito, está sendo é preconceituoso, e assim vamos atendendo essa Belo Horizonte andando por viadutos, entrando em cenas de uso, mas cada vez mais ofertando o cuidado e acreditando na potencialidade de cada ser.





Por que devemos legalizar as drogas?

Pedro de Paula do Nascimento Teixeira

O discurso moralizante e proibicionista que circula o fenômeno das drogas em nossa sociedade, reforça a grande mentira da possibilidade de uma vida e um mundo “livres das drogas”. Essa ideologia “antidrogas” é acompanhada do discurso da sobriedade, da sanidade ou da razão, como se fosse possível viver em um mundo sem a existência de substâncias, ou toda uma vida sem alterar seu estado de consciência, como se de fato existisse um jeito-de-ser no mundo sóbrio.

O uso de drogas acompanha a história da humanidade. Não apenas as drogas químicas recém-desenvolvidas em laboratórios, mas também as advindas das plantas ou de fungos. Na verdade, a experiência humana na natureza, é constantemente atravessada pelo fenômeno das drogas. Por isso, é preciso lembrar que a criminalização é um acontecimento recente, se analisarmos essa questão sob o olhar da história.

É importante ressaltar a presença do fenômeno das drogas nas relações cotidianas, como, por exemplo, o uso do álcool para celebrar um casamento, o uso da

maconha para o descanso após uma jornada de trabalho, o uso da ayahuasca para fins espirituais, o uso da cocaína para ascender a euforia numa noite de balada, o uso do cafézinho para elevar os ânimos antes do trabalho, ou, até mesmo, o uso de cogumelos para simples diversão. Independente da finalidade do uso da droga, há alguém que a utiliza e, por isso, ela desempenha uma função social, já que faz parte da interação da pessoa usuária com o mundo e a sociedade.

As pessoas não usam álcool apenas em casamentos, como exemplificado acima. Elas também bebem em jantares e almoços, em jogos, em encontros amorosos, em celebrações entre amigos, ou até mesmo sozinhas em casa. Algumas pessoas bebem alguma dose alcoólica para dormir. Outras, fazem uso do álcool cotidianamente após o almoço, para “ajudar na digestão”. Com isso, pode-se dizer que nenhuma droga, e aqui exemplificamos o álcool, desempenha apenas uma função.

A função social da droga não é apenas a alteração do estado de consciência, e não há manual de instruções ou “guia de orientações” que nos faça saber qual a função de determinada droga na vida de cada pessoa. O que há, é a possibilidade de compreender qual o papel que essa substância desempenha na vida de cada um e nas pessoas em sua volta. Portanto, a questão

das drogas não é apenas uma questão de saúde, mas também sociocultural, que envolve o debate entre as interações humanas, das pessoas entre si e com os recursos disponíveis na própria natureza.

Não podemos debater sobre as drogas sem também debatermos as questões complexas que envolvem as relações sociais. Se compreendemos o fenômeno das drogas como uma questão sociocultural, podemos também afirmar que a criminalização do uso de substâncias é a criminalização de culturas e consequentemente, de pessoas.

Para dar um exemplo mais preciso, imagine que o Estado determinou que é proibido o porte, a venda, o plantio e a preparação de grãos de café, afinal o café possui uma substância psicoativa (droga) que altera visivelmente o comportamento humano: a cafeína. Você não pode mais tomar seu cafezinho na rua, e se seus vizinhos sentirem o cheiro desse cafézinho sendo coado, eles podem te denunciar para a polícia. Oferecer café para visita se torna tráfico de substância ilegal. Se você toma café, agora você é um vagabundo. Nas farmácias, todas as medicações que tinham em sua composição química a substância Cafeína, foram recolhidas e proibidas, apesar da comprovação científica de que existem propriedades terapêuticas analgésicas na Cafeína. Parece ridículo, né? Transformar sua avó em

traficante por oferecer aconchego a visita e te impedir de tomar remédio.

Você pode até pensar que algumas drogas são legalizadas e outras não, por algum “parâmetro” de malefício à saúde, e por isso, na vida real, a Cafeína e o café não são criminalizados, mas na verdade isso não faz a menor diferença no processo criminalizador.

A criminalização da maconha (que foi trazida para o Brasil pelos povos africanos que foram traficados para cá) ocorreu no mesmo período de criminalização do samba e de outras manifestações culturais da negritude. Não havia malefício comprovado, que justificasse a criminalização. E assim, como o exemplo criado acima do café, foi da noite para o dia que o Estado decidiu que a partir de determinado momento parte de nosso povo estaria na criminalidade.

Ora, se da noite para o dia, parte da população se torna criminoso, antes de tudo é preciso reconhecer que o Estado construiu o crime e o criminoso. A criminalização de drogas específicas no Brasil, nunca ocorreu de forma isolada dos fenômenos sociais à nossa volta. As violências estruturantes de nossa sociedade sempre atuaram a partir do controle de corpos e de pessoas.

O Código Penal brasileiro não estabelece a autolesão como crime. Ou seja, o uso prejudicial de

qualquer substância, não deveria “precisar” estar envolvido com as questões relacionadas ao poder público, à segurança pública ou à própria justiça. Porém, é a partir da criminalização, que o Estado utiliza seus aparelhos para aniquilar seu próprio povo, com o uso da droga como pretexto para violência e violação, com a narrativa de que está salvando sujeito(s) ao combater o comércio e o uso de substâncias.

Na dimensão estatística, percebe-se que a juventude negra e periférica é a mais afetada na contraditória “guerra” às drogas. Essa juventude compõe não somente a maior parcela das pessoas privadas de liberdade aguardando julgamento no sistema prisional, mas também a maior parcela da população privada de liberdade internada em comunidades terapêuticas.

É importante ressaltar que, além das contradições estruturais produtoras e reprodutoras de violência, nessa história, há diversos aniquilamento de identidades e sujeitos. Há jovens sendo transformados em alvos, mesmo quando não carregam consigo drogas ilegais, e, a partir disso, são brutalmente violados ou até mesmo aniquilados pelos aparelhos de vigilância e segurança pública, além de perseguidos e privados de liberdade pelo poder judiciário. O mesmo ocorre quando há poucas drogas em seus organismos e, por isso, são altamente drogados pela indústria psiquiátrica e farmacêutica.

Comportamentos de jovens, adolescentes e crianças, vem sendo cada vez mais patologizados, a ponto de se tornar raro estar em uma sala de aula (seja da educação básica, secundária ou da graduação) sem estarmos na presença de ao menos uma pessoa usuária de drogas psicofármacos. A demonização da maconha e da coca é acompanhada da glorificação ao clonazepam e à ritalina. O discurso proibicionista, quase sempre, é acompanhado da extrema admiração ao alprazolam, ao haldol decanoato, à sertralina e ao zolpidem.

Drogas canabíóides se tornam um risco à família no discurso moralizante, mas as drogas hipnóticas, aquelas prescritas por médicos em consultórios com receitas coloridas, que deixam o sujeito em um estado de grave alteração de consciência, essas sim podem ser administradas em casa e sem supervisão de profissionais da saúde.

Há, portanto, uma deturpação da realidade, a partir da construção de uma narrativa de que algumas drogas são ótimas, excelentes para o sujeito, o organismo, para produtividade, para convivência, e outras que mortificam e o transformam em zumbi.

Essa crítica nos traz abertura para ao menos dois debates. O primeiro deles, é sobre o poder médico e farmacêutico, em determinar quais são as substâncias

alegres e positivas para a sociedade, e quais substâncias são riscos extremos e intoleráveis.

O segundo debate é sobre a produção de drogas em pequena e larga escala no território nacional. Quem é autorizado a produzir, reproduzir, comercializar e distribuir drogas no Brasil? E a que preço? Esse debate nos ajuda a resgatar a crítica à indústria da loucura e a ampla produção e distribuição de medicamentos psiquiátricos como “solução” para o comportamento e sofrimento humano. Também, nos ajuda a chegar em um dos pontos centrais do debate sobre as drogas no Brasil: e se a mesma Vigilância Sanitária, que fiscaliza e acompanha o processo de produção de drogas ditas como psiquiátricas, acompanhasse o processo de produção e fiscalização da produção e comércio das drogas que hoje são lidas como ilegais no Brasil?

Se a questão das drogas é uma questão de saúde, é preciso apontar que dentre todas as suas funções, algumas das competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária são “normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde” e “atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde”.

Em grande parte do mundo, e em especial no continente americano, temos a adulteração da droga como uma das consequências da criminalização. A

criminalização do álcool no começo do século passado, nos Estados Unidos, e a criminalização da cocaína nos países da América Latina, nos mostraram (desde o começo), que, quando a aquisição de uma substância se torna um crime, consequentemente se torna cada vez mais inviável apurar quais os princípios ativos presentes na droga que se tornou um “produto”, por mais que ilegal.

Importante apontar que extratos de coca, eram utilizados pelos povos Incas, pelo menos desde o século seis depois de Cristo. Os Incas nunca recorreram à construção de cadeias e camburões para lidar com a questão sociocultural do uso do extrato da coca. Séculos depois, durante e após o período inicial da colonização espanhola e europeia, a coca e seu extrato foram comercializados para diversas partes do mundo, sendo que no século dezenove, passou a tornar-se até mesmo substância prescrita por profissionais médicos.

A cocaína se tornou uma “droga” acompanhada da narrativa de “periculosidade” em um período recente da história, e o próprio crack nasce como consequência de sua criminalização, pois surge nos processos de diluição da pasta base da cocaína para comércio da droga adulterada com impurezas. E quantas outras drogas não surgiram ou foram inventadas em laboratório, pois o Estado criminalizou e dificultou o acesso de outras?

Além disso, a quem interessa o acúmulo de poder no Estado, a ponto deste impedir que um sujeito tenha autoridade sobre o próprio corpo? Poderíamos trazer diversos outros exemplos sobre isso, como a aberrante fraude jurídica que é a internação compulsória em manicômios; a histórica negação de direitos reprodutivos e sexuais a mulheres e demais pessoas com útero; a própria vivência de uma pessoa com deficiência física e/ou mobilidade reduzida, que constantemente é impedida de acessar seus direitos fundamentais, pois até mesmo a sua “livre locomoção” não é de fato livre, pois depende do reconhecimento - vindo do Estado - de que determinadas construções arquitetônicas, rodoviárias, automobilísticas e institucionais, não são adequadas para o acesso e a presença de determinados corpos, por mais que seja direito de qualquer sujeito, poder acessar a quaisquer espaços que outros corpos também ocupam.

A desautorização sobre a autonomia de si, vinda do Estado, é também uma construção histórica, de um modelo de sociedade (como a que vivemos), e que diz de uma condição de controle das massas, e não de um cuidado em saúde com (e para) estas.

Se a guerra às drogas fosse de fato um movimento de cuidado com o próprio povo, não seria uma guerra. Além disso, seu foco principal não seria o enfrentamento

às drogas, mas sim, a promoção de políticas públicas que desempenham a atenção integral e intersetorial às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas consideradas potencialmente nocivas. A verdade é que, no Brasil, as políticas nacionais que trabalham com este tema, são sempre políticas de drogas, políticas sobre drogas, políticas antidrogas, mas nunca políticas sobre e para pessoas que fazem uso, seja ele abusivo ou não, de drogas. Ou seja, historicamente, a política de drogas no Brasil, é uma política sem sujeito.

Portanto, é preciso questionar: qual guerra neste mundo, foi promovida, realizada, travada, vencida, sem sujeitos? Em todas as guerras, sejam elas as com lanças, fuzis, granadas, bombas atômicas ou as jurídico institucionais, foram construídas por pessoas. Essa guerra não é diferente.

Por mais que a lei omita em sua redação, a guerra às drogas é uma guerra às pessoas, e existem sujeitos - em todos os lados - sendo submetidos a condições desumanas de trabalho, violência e violação. É preciso ressaltar a condição desumana de trabalho, apontando que a violência não coloca em risco apenas os profissionais da segurança pública e penal, mas também os profissionais do tráfico. Há trabalho no tráfico e este não está excluído das relações de trabalho da sociedade capitalista. Se há a venda de uma força de trabalho

para outro sujeito, a ponto desta força de trabalho se tornar um produto que produz lucro, há presente uma relação de trabalho capitalista.

Isso implica em reconhecer que a condição de traficante não é apenas um “lugar” de criminoso que o sujeito ocupa na sociedade que determina o que é crime de acordo com a lei em vigor, mas também, que o sujeito traficante é trabalhador mesmo que de forma ilegal, e ainda, que suas condições de trabalho são precárias e altamente vulnerabilizantes. Não é possível negar que há trabalho, se há sujeito, produto, dinheiro e relações de poder envolvidos na história.

Portanto a guerra às drogas é uma guerra à classe trabalhadora brasileira, em especial a classe trabalhadora que habita as regiões em que as contradições de Estado mais se apresentam, que são as favelas. E essa população é majoritariamente negra. É possível afirmar isso quando se descobre o número de toneladas de cocaína que já foi transportada pelos aviões da Força Aérea Brasileira, sem nunca haver uma operação policial com vítimas, ou mães carregando corpos de seus filhos de dentro dos batalhões.

É sempre na favela, que a guerra “sem sujeito”, aniquila sujeitos, famílias, traz violência e opressão. É na guerra “sem sujeito” que percebemos que a democracia brasileira é fraudulenta, pois se o Estado é

“Democrático de Direito”, ele parte do princípio que o sujeito é um sujeito de direitos. Mas o que fazer quando há uma guerra sem sujeito, em um contexto em que o Estado nega a condição de sujeito do outro e não somente nega seu acesso, mas também o dificulta - de todas as formas - a direitos?

O sujeito de direito do Estado democrático é acima de tudo um sujeito jurídico, pois um documento jurídico-legal, chamado Constituição Federal, quem determina o que é a condição cidadã, o que é democracia, o que é o Estado e a República Federativa do Brasil. Sem constituição, não há Estado Democrático de Direito e sem Estado Democrático, não há Sujeito de Direito e, portanto, não há cidadão.

É importante, portanto, analisar que é um documento jurídico-legal, que rege a condição cidadã do povo brasileiro. Mas, o que fazer quando o poder judiciário, que legitima esta Constituição jurídico-legal, e todos os outros poderes e instituições desta nação, são racistas? Há uma constante negação da condição de sujeito de direito para o povo negro brasileiro, e a criminalização das drogas é apenas um dos recursos, um dos dispositivos de controle e aniquilamento, para que essa guerra sem sujeito, aniquile um povo transformado em “não sujeito” pelo próprio Estado, e que constantemente é sujeitado à barbárie e à opressão.

A primeira vez na história brasileira, em que pudemos desenvolver a nível nacional, uma política de atenção à pessoa usuária de álcool e outras drogas, foi no ano de 2002, com a criação - via portaria do Ministério da Saúde - de serviços de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, e que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Foi pela via da política pública de saúde mental, que deu-se início a um processo de reconhecimento histórico-cultural de que o usuário de álcool e outras drogas é uma pessoa, um sujeito de direitos, e conseqüentemente, esse reconhecimento via política pública, se tornou progressivamente, um processo de subjetivação jurídica. Ou seja, quem não era lido como sujeito de direitos neste Estado Democrático cujo reconhecimento da condição de cidadão perpassa pelo aval das instituições jurídico-legais, passou a ser lido, progressivamente, como cidadão e também, como sujeito cujo direito não deve ser reconhecido apenas na (ou pela) saúde, mas também, por todos os outros setores da sociedade.

Isso que está sendo chamado de subjetivação jurídica é o reconhecimento da condição de cidadão. Foi pela via do acesso da população à atenção à saúde mental nos CAPS AD, que o Estado foi se tornando obrigado a reconhecer que essa população é cidadã, e que outros serviços precisavam ser desenvolvidos,

especializados, humanizados e inovados para atender a essa população em todas as áreas previstas como direitos fundamentais na Constituição Federal.

Isso só se fez possível com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que por ser universal e equânime, precisa, por obrigação, reconhecer todo sujeito que acessa seus serviços, como sujeito de direitos. A maior ferramenta de subjetivação jurídica da nação brasileira, é o Sistema Único de Saúde. É pelo SUS que toda a população vulnerabilizada pela barbárie e pela desigualdade social legitimada pelo Estado, encontra amparo para se sujeitar juridicamente e se reafirmar enquanto cidadã, independente de seu local de origem ou condição no mundo.

Importante ressaltar que apesar de afirmar da legitimação “independente do local de origem ou condição no mundo”, isso não significa que dentro do próprio SUS e nos serviços de saúde mental, não haja a reprodução de violências e violações. O SUS é uma instituição inscrita nas estruturas de um Estado que se sustenta na violação, e, portanto, o SUS não escapa da reprodução do racismo, do machismo, do sexismo, da LGBTQIAPN+fobia, da xenofobia e diversas outras violências.

A diferença é que a condição de “universal” do SUS se faz diferente da construção do que é visto como

“direito”. É simples: para que algo seja considerado direito, é preciso ser “universal”. A problemática em questão é que se os direitos fossem universais, não haveria violação nem negação de acesso à qualidade de vida e bem viver a populações específicas. Portanto, o que é lido no Brasil como universal (ou direito), é na verdade um sistema de privilégios restrito a poucos. Esse não é o mesmo conceito de Universalidade para o SUS, pois o princípio da Universalidade do Sistema Único de Saúde não se sustenta sozinho.

O princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, é acompanhado do princípio da integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; do princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; do princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; do princípio do direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; e entre outros princípios, portanto, o SUS se faz universal sendo obrigatoriamente integral e equânime.

É justamente por um princípio do SUS não se sustentar sem os outros, que a Universalidade do

Sistema Único de Saúde, obriga o Sistema a enfrentar as violências que ele mesmo produz. Então, apesar das contradições, o SUS é um dispositivo de reconhecimento e reconstrução da cidadania do povo brasileiro, pois o próprio princípio da participação da comunidade, garante que o SUS deve ser direcionado, pautado, protegido e funcional, para o povo brasileiro que construiu esse SUS. Foi o povo quem construiu esse dispositivo de cidadania.

Dentre as tecnologias do SUS, não é possível deixar de mencionar a redução de danos como um dos maiores dispositivos de cuidado à pessoa usuária de álcool e outras drogas. A compreensão de que o sujeito possui uma relação subjetiva e sociocultural com determinadas substâncias, que seu sofrimento no mundo não se baseia no uso da substância em si, que a substância não é o foco principal no processo de atenção ao sujeito, são fundamentais para que a pessoa usuária consiga, a partir dos próprios recursos psicossociais, construir alternativas de se relacionar consigo, com as pessoas, com a substância e com a própria saúde.

O desenvolvimento de estratégias que não se prendem à substância, mas que se adequam às demandas do sujeito, que muitas das vezes extrapolam a questão da droga e envolvem diversas outras questões referentes ao sofrimento mental e ao

exercício da cidadania, é também o desenvolvimento de estratégias de subjetivação jurídica (ou construção de cidadania), quando se trabalha para a construção do reconhecimento de um sujeito integral, portanto biopsicossocial, que não pode ter sua demanda apenas acolhida em partes e tendo a substância “castrada” de sua vida, como se a partir da abstinência, todas as questões que o atravessam fossem ser resolvidas ou solucionadas.

É importante apontar que a redução de danos, os CAPS AD e as estratégias de atenção à saúde da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas no SUS, por si só, não garantem exercício pleno de cidadania, pois a existência do SUS não garante a imediata descriminalização dessas substâncias, assim como, ainda hoje, a ANVISA nunca interditou uma operação policial em um complexo ou em uma favela reconhecendo que a ROTAM estava colocando em risco integral a saúde biopsicossocial da população negra, por mais que já tenham interditado até mesmo jogo de futebol de copa do mundo.

Assim, é importante ressaltar que não é possível ter acesso a cidadania plena ao povo brasileiro, em especial à população negra e periférica, sem a imediata descriminalização de todas as drogas, para que o maior produtor da barbárie e da violência - que é o Estado - pare de produzir a violência, o aniquilamento e prisão

em massa e a desigualdade social. Também não é possível debater a descriminalização, sem debater a reparação histórica. Indenizar os povos historicamente violados (e seus familiares), é o mínimo do que deve ser feito.

Somente descriminalizando as drogas será possível destruir essa organização criminosa de violação sistemática de sujeitos, que é a negação da condição cidadã via Estado. Negar acesso a direitos é crime. Violar sujeitos em nome de seu bem-estar, também. Criminalização das drogas não garantiu, em nenhum momento histórico, bem-estar-social no Brasil.

Além disso, a legalização e a regulamentação do comércio das drogas se fazem necessárias pois há uma constante disputa mercadológica, sobre a produção em pequena e grande escala de drogas no Brasil, sendo que as drogas patenteadas muitas vezes são de distante acesso à população, sobrando ao povo apenas o recurso da medicação genérica, enquanto quem é rico, pode acessar quaisquer medicamentos, inclusive os que ainda não existem no Brasil, quando e onde quiserem.

Este debate, sobre a legalização e regulação do comércio, envolve diretamente a disputa de políticas públicas do SUS, da vigilância sanitária e também das premissas regulatórias do uso dessas substâncias em determinados espaços, como por exemplo onde o povo

estará autorizado a consumir drogas, quais locais de quais territórios e como esse uso estará regulado em lei.

Debater a regulação do comércio é disputar políticas públicas para não repetir a história do remédio genérico, para que o povo não fume prensado enquanto rico fuma camarão importado. É garantir que o trabalhador não vai cheirar pó de vidro com talco num sábado à noite (ou numa terça de madrugada), enquanto um ex-governador cheira cocaína com mais de 90% de pureza. É garantir que a população não dependa do mercado ilegal, ou ainda, de substâncias adulteradas com teor questionável, enquanto apenas as pessoas com boas condições financeiras possam acessar as drogas de melhor qualidade. É garantir uma política popular de drogas, em que o povo não esteja subalternizado à lei em virtude do acesso privilegiado de alguns. É garantir que o uso não esteja somente legalizado em espaços cuja entrada é paga, por exemplo.

O mesmo vale pra questão do comércio, pois é preciso questionar: quem estará autorizado a comercializar drogas no Brasil? As grandes patentes que sempre comercializaram substâncias psicoativas? Vai vir parar na prateleira do carrefour? Vai virar produto de multinacional? Para onde vai o dinheiro produzido com este comércio? Onde vai ser investido? A população que deveria ser indenizada com políticas de reparação

histórica, poderá comercializar essas drogas? Poderá ser indenizada com este dinheiro? A regulação vai ser para o povo poder comercializar, ou vai ser para enriquecer alguém ou a grupos específicos da elite financeira?

A descriminalização, reparação histórica, legalização e regulação do comércio de drogas, envolvem o amplo acesso aos direitos e garantias fundamentais, mas também aos direitos civis, políticos e econômicos. A construção da condição cidadã do usuário de álcool e outras drogas, perpassa pela política pioneira do Sistema Único de Saúde, mas envolve diversos setores sociais, pois é um debate de saúde, socioassistencial, educacional, político, cultural e também, como podemos ver, socioeconômico.

Descriminalizar as drogas é o primeiro passo para assumir que existem sujeitos de direitos nessa política, e que há diversas questões a serem reparadas, solucionadas e atendidas ao longo desse processo.

Referências:

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. [Structural Racism]. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6

BRASIL. **Decreto 24.559 de 03 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS.

BRASIL. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos. I Congresso Mineiro de Estudantes pela Saúde Mental e por Políticas Públicas. YouTube, 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UcSzmcxrnOY>>

SANTOS, C. A. dos. **Antagonismos e contradições na política sobre drogas:** os pontos de atenção residencial de caráter transitório. 2020. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

SILVA, R. A. da. **Reforma psiquiátrica e redução de danos:** um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. 2015. 199f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.



O que é o sistema penal

Luan Gomide de Sousa Cândido

Sou Luan Cândido, minha idade é a de George Floyd e João Alberto se sobrevivessem ao sistema penal. Sou mais um sobrevivente. Recém-saído das prisões; das ruas aos manicômios, dos becos aos presídios; trago na pele as marcas de uma ditadura racista e, no olhar, os primeiros reflexos da superação. Articulador da frente estadual Desencarcera MG e colaborador da Assessoria Popular Maria Felipa.

As informações qualitativas das plataformas baculejo.org e desencarcera.com de denúncias de abuso de autoridade, tortura e letalidade do Estado, e as análises quantitativas de relatos e dos monitoramentos de painéis estatísticos oficiais, de notícias, publicações e de processos judiciais, alertaram que a Segurança Pública e a Justiça, o sistema penal como um todo, estão genocidas, operando em uma lógica punitivista legada do sistema racista-colonial e escravocrata, hoje, sofisticada em um racismo-neoliberal e estrutural. O Supremo Tribunal Federal (STF) é a mais alta decisão da justiça brasileira e reconheceu a inconstitucionalidade do Sistema Penal, pela arguição de descumprimento de preceito fundamental

(APDF) 347/15, desde 2022. Este documento evidencia que não só as prisões, mas o Estado em geral omite, restringe e viola direitos essenciais, marginalizando, criminalizando e violentando a população. Um alerta a violência e a tortura policial, que estão com requintes cruéis de ameaça e subordinação contra a população em exceção de direitos, explorada por gerações, com genocídio e prisões para a garantia da manutenção da vulnerabilidade pelo livre acúmulo de capital.

É importante contextualizar uma situação de guerra, com mutilações e extermínio de corpos, que se estende por séculos, seletivamente, contra populações não brancas e pobres, no Brasil, grupos étnico-sociais que sofrem o conflito com a lei, ou por territórios, desde o primeiro código penal do Império, até o Pacote Anticrime e Emendas à Constituição Brasileira para regular as atividades policiais e o encarceramento em massa. No Brasil, o milênio iniciou com mais de seis mil mortes por ano e cerca de um milhão de reféns em cárceres públicos ou privados, vítimas de violências de um estado de coisas inconstitucionais, com omissões, negligências, violações e execuções, sem julgamento, em operações policiais. São prisões, centros de internação ‘socioeducativos’, clínicas psiquiátricas, comunidades terapêuticas e casas de isolamento, bilhões em investimentos no cárcere, na tortura, na omissão, para letalidade, com publicidade punitivista. Configurando uma violência etnocêntrica,

machista, misógina, lgbtfóbica e xenofóbica nos equipamentos de Segurança Pública, Justiça, Saúde, dentre outros do Estado.

Na década de 90, Eugênio Zaffaroni estimou o genocídio da população vulnerabilizada da América Latina, no final do milênio, por meio do cruzamento de informações dos cortes públicos, em Educação e Saúde, e do aumento de prisões sem condenação. Só não previu o feminicídio no Brasil.

Estas massas urbanas empobrecidas num quadro de redução da classe operária, de pobreza absoluta, sem um projeto educacional, sem condições sanitárias, sem moradia, não encontra no modelo neoliberal respostas alternativas a um controle pelo terror do Estado; um sistema penal que reprime através do aumento de presos sem condenação, dos fuzilamentos sem processo, da atuação dos grupos de extermínio. ‘A projeção genocida de um tecno-colonialismo correspondente à última revolução (tecno-científica) faria empalidecer a cruel história dos colonialismos anteriores. (ZAFFARONI, 1991, p.15, apud BATISTA, 2003)

Ao mesmo tempo em que as situações de pobreza aumentam, crescem os investimentos no encarceramento em massa, nos equipamentos de tortura e nas execuções de pessoas em conflito com a lei, obedecendo políticas necroliberais, para que a população não ocupe o que é dela

por direito fundamental. Estes equipamentos e dispositivos ostensivos e repressivos violentam as populações mais vulnerabilizadas, com argumentos e diretrizes antidrogas, antiterroristas e protecionistas, exportadas dos países ricos, desde meados de 1960, para influenciar os regimes antidemocráticos na América Latina e no mundo. A fim de evitar o avanço de sistemas inspirados no socialismo e comunismo, houve investimentos político-estratégico e militares por legislações severas que resultaram no golpe da ditadura militar, em 1968, a exemplo, a Condor e, sem cessar, posteriormente, em tipificações de crimes hediondos, movimentando a indústria bélica e a conservação de privilégios socioeconômicos de uma minoria em territórios desenvolvidos, em detrimento da vida e paz da maioria pobre.

Precisamos que as polícias, principalmente a Polícia Militar, fruto da ditadura de 68, sejam extintas, gradativamente, pelo crescente e atual contexto democrático, e com a promoção de investimentos biopsicossociais substitutivos às prisões, com equipamentos de formação, geração de renda e reocupação de territórios urbanos e rurais de forma mais justa e equitativa. Nesta conjuntura, as políticas de Estado incidem em omissões, restrições de direitos e violações sistematizadas contra a população vulnerabilizada, submissa, alienada e refém, cotidianamente, por meio de dispositivos biotecnopolíticos institucionais de precarização,

marginalização, repressão, encarceramento e letalidade, de forma estruturada e sistematizada, com a conivência do Legislativo, aparato do Executivo, inoperância e falta de vontade política do Judiciário. Necropolíticas legitimadas por parlamentares, chefes e ministros de Estado, autoridades, em atividades etnocêntricas.

Racismo é tortura... É impossível falar de tortura no sistema prisional sem mencionar o olhar e as políticas racistas que encarceram e exterminam parte da população negra e vulnerável. Sou preto, meu DNA vem lá de Benim, da África... desde criança o racismo esteve presente na minha vida, principalmente nas escolas... Décadas de 80 e 90... Já viu todo mundo odeia o Chris? Eu tinha bom comportamento em sala, era aplicado e inteligente, mas todos os dias tinha que brigar com alguns dos garotos brancos e lembro que algumas das garotas brancas realmente expressavam repulsão pela minha cor e pelas minhas origens, menos quando precisavam de mim. Quando adolescente, praticamente todos os dias, algum policial militar me abordava e me revistava. Sempre que eu via um policial eu sabia que ele iria me parar, ainda hoje percebo que os seguranças ficam alertas aos meus movimentos em ambientes institucionais. O racismo é uma tortura constante, eu vivo uma prisão racial, pouco posso andar livremente sem ser visto como uma ameaça. Eu cresci a vida toda apanhando e sendo marginalizado nas instituições, meu corpo é coberto de cicatrizes, até

na fase adulta. A escravidão acabou, mas as instituições reproduzem os padrões racistas e misóginos da época colonial. “Todo camburão tem um pouco de navio negreiro”, toda prisão é um legado da senzala.

Privação de liberdade é tortura. Ficar confinado num espaço limitado por si só é tortura física e psicológica, corpo e mente adoecem proporcionais ao tempo em que ficamos ociosos e improdutivos; seja na cela individual ou coletiva. Nessa pandemia, até você sentiu um pouco o que é a tortura do confinamento. Passei 5 anos encarcerado, sem qualquer atividade física ou intelectual, engordei, meu joelho enfraqueceu, meu psicológico e intelecto estão abalados pela falta de afeto e de comunicação com o mundo externo. Minha família adoeceu, minha filha desenvolveu depressão por causa da minha ausência e minha mãe teve vários sintomas psicossomáticos de ansiedade. Ameaças, agressões e extermínios são torturas cotidianas. Um pouco antes de eu chegar na Dutra Ladeira, um camarada foi torturado pelo GIR no setor de segurança do anexo do presídio, muitos ouviram o cara apanhando... no outro dia ele estava morto dependurado como um suicida. Eu mesmo muitas vezes tomei esculacho de agentes, é uma tortura que tem que acabar, é humilhante, revoltante, me provocou uma dor na alma, por abusos de autoridade, por motivos torpes e fúteis fui agredido sem poder reagir, porque estávamos oprimidos numa situação marginalizada e vulnerável. Para os agentes, o esculacho

é o jeito certo de negociar com quem está em privação de liberdade, se você fizer o que eles querem você não apanha, mas se fizer algo diferente do procedimento, algo ‘errado’ ou até mesmo por motivos simples, como algum comportamento, comentário, palavra ou olhar que os agentes desaprovam, a tortura é justificada e aceita. Então todos os dias alguém é agredido ou espancado pela instituição prisional e não há registros dessas torturas, da gravidade e da profundidade delas, porque elas passam impunes, são aceitas, são “bandidos, homicidas e vagabundos”. Em quase todas as cadeias os agentes agridem durante o procedimento de saída da cela para o pátio de banho de sol. As transferências são sempre uma tortura, se você não apanha na saída pode ter certeza que vai apanhar na chegada, quando deslocado de um presídio para o outro, o único pertence que pode levar é a cueca que eu vestia, então passei por necessidades e humilhações por onde cheguei.

Precariedade é tortura. Na cadeia, tudo falta: água, espaço físico, paz, silêncio, comida de qualidade, produtos de higiene, afeto, liberdade, trabalho, atendimento, remédio... Nos sentimos indigentes e humilhados, é desumano e contraditório ficar anos em situação de vulnerabilidade dentro de uma instituição do estado. Se eu estou encarcerado, meu almoço chegou azedo, só tenho roupas rasgadas, não tenho água, nem atendimento, nem remédio, nem produto de higiene, nem trabalho, nem

escola; está mais do que claro que eu estou vulnerável e incapaz de ser regenerado ou de fazer algo por mim ou pela minha família.

É uma tortura passar por tantas privações e precariedades junto com centenas, aglomerados no mesmo prédio, passando pelos mesmos problemas sem ter como mobilizar soluções. Nessa última caminhada, tive problemas de saúde dental, mas pela falta de dentista e pela demora pela falta de vagas e nenhuma boa vontade dos agentes em pedir o atendimento, sofri com intensas dores de dente por mais de um ano; gradativamente eu perdi dois dentes nessa última caminhada... Enfim, por mais de 2 anos tive a mesma camiseta, faltam roupas, passei frio por falta de manta ou blusas de frio. Em 2018, passamos 6 dias sem água para beber ou dar descarga, numa cela de 5x6, com 28 camaradas, dormia gente até dependurada. Tem gente que acorda pela manhã e não tem uma escova, nem sabonete, nem creme dental para fazer higienização. Os presídios não distribuem quantidade necessária de quites de higiene para suprir a demanda. Te desafio a passar 3 meses com um pedaço de sabão em barra e um creme dental pra lavar sua roupa, tomar seu banho e lavar sua boca 3 vezes ao dia; água só de manhã e à noite. É no estresse, na vulnerabilidade e na precariedade que surgem os principais conflitos nas celas. O controle excessivo das cadeias para o cadastro dificulta e tornam escassas as visitas e os pertences, atualmente

não podem visitar namoradas, amigos, apenas os cônjuges casados ou com filhos e parentes de primeiro grau. Com a pandemia, as visitas foram cortadas... meses sem notícias, sem nenhum afeto ou contato com mundo externo... na Dutra não tinha nem serviço de cartas, foram os meses mais isolados da minha vida.

A revista vexatória é abuso sexual e truculência com o familiar, é tortura. Ser familiar não é crime. As visitas sofrem maus tratos e humilhações pelos procedimentos desumanos que a maioria das cadeias têm sofrimentos de âmbito sexual. A cadeia humilha e maltrata o corpo da mulher nesses procedimentos compulsórios, sejam durante a visita ou na revista dos pertences, são constantes as denúncias dos familiares.

Privação de direitos é tortura. Tanto na privação de liberdade ou condenações em regime aberto, não posso votar e ao mesmo tempo sofro com todas as políticas públicas que me marginalizam, me encarceram e me exterminam na primeira oportunidade. Não tenho voz nas instâncias do executivo, do legislativo ou do judiciário para defender a mim e a minha família, contra as estruturas e dispositivos biopolíticos que precisam ser combatidos porque são coniventes com a opressão, o racismo, a tortura, a marginalização, o encarceramento e o genocídio de uma população predominantemente preta e vulnerável.

Desconstrução da identidade é tortura (uniformização de vestuário, corte de cabelo). Nas cadeias que passei não é permitido deixar barba grande, deixar de cortar o cabelo, ou fazer cortes tribais. Sempre usei dreadlocks e todas as vezes que fui preso desobedeci ao máximo o quanto pude para não cortar minhas madeixas. Sempre no convívio, porque sou certo, mas cortaram meu banho de sol ou atendimento porque não cortava o cabelo, passei meses sem tomar sol. Dessa última vez os agentes ameaçaram cortar o banho de sol da cela toda, mesmo assim o pessoal fechou comigo pra eu não cortar, mas os 8 agentes endureceram e iam entrar na cela pra me tirar, então pra eu não sofrer covardia os camaradas da cela falaram pros agentes que iam cortar meus dreads.

Toda prisão é política. Os poderes Legislativo, Executivo, Judiciário, a comunicação social, a sociedade civil, têm responsabilidade na promoção e garantia de direitos, mas, secularmente, sustentam e legitimam políticas e informações que defendem os sistemas punitivos de privação de liberdade, com violações de direitos sem controle social, como nas prisões e nos extermínios.

Referências Bibliográficas

BATISTA, Vera Malaguti. **Díficeis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. 2003.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl. **Em busca das penas perdidas.** Rio de Janeiro, Revan, 1991).



Familiares e luta antimanicomial

UMA PARCEIRA INADIÁVEL

Cirlene Ornelas De Godoy

Para nós, familiares, que vivenciamos a luta diária, que somos impactados em cada retrocesso das políticas públicas, não há o que fazer a não ser continuar a lutar. Não podemos cair no desespero em que vejo alguns familiares de aderirem a lógicas manicomiais.

Diante de tanto sofrimento que vivenciam, muitos familiares querem ver um milagre, uma transformação mágica, e infelizmente levam os usuários a ficarem trancados em lugares nada saudáveis, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, onde não se respeita os mínimos direitos de cidadania. Sob a alegação de isolamento terapêutico e cura divina, assistimos a aprovação da sociedade e uma proliferação de comunidades terapêuticas como nunca antes visto. Do mesmo modo, assistimos a um número crescente de denúncias de violação de direitos humanos dos usuários. Sem as mínimas de condições humanas, proliferam práticas de cárcere privado e agressões das mais diversas. Recentemente, recebemos a denúncia

de uma psicóloga que foi chamada por um familiar para acompanhar a ida a uma comunidade terapêutica onde tinham internado um irmão. Ao chegar lá, receberam várias denúncias de maus tratos, violência física e até de cela-forte para punir os que se rebelam. Assim, vemos como este modelo manicomial favorece a violência, como aconteciam nos manicômios tradicionais. Estas comunidades são os novos manicômios e as pessoas não percebem o quanto de mau estão fazendo para seus familiares.

Daí nos fica evidente o quanto se falta para a autonomia dos usuários, que continuam sob uma tutela sufocante: seja dentro das instituições manicomiais ou familiares. Dar as condições de protagonismo e autonomia aos usuários dos serviços de saúde mental é muito bom para o familiar. Muito da nossa exaustão vem exatamente de tomar para nós coisas que são responsabilidade dos serviços públicos ou que poderiam ser feitas pelo usuário com o investimento certo.

Porque perante uma situação de difícil convivência entre a família a alternativa é a internação? Não seria de direito do usuário ter uma casa própria? Não seria responsabilidade dos serviços ajudar na construção e sustentação dessa casa? Para resolver alguns problemas, às vezes, é necessário sim um distanciamento da situação.

Infelizmente como as pessoas com sofrimento mental ainda são muito objetificadas, esse distanciamento se dá pela usurpação de seus direitos e subjugação a espaços de privação de liberdade. O familiar precisa acordar para lutar pelo lado certo, pois a Reforma Psiquiátrica não se trata de jogar toda a responsabilidade em cima de nossas costas, mas para garantir direitos aos seus familiares e a si mesmos. Nosso interesse, entendo, deveria ser o mesmo dos nossos entes queridos: que melhorem e vivam bem, longe de situações de risco e violência.

Antes da Reforma Psiquiátrica, uma família com seu familiar adoecido tinha de aguardar até 3 dias em Belo Horizonte por uma triagem, e ver a pessoa amada ainda ser encaminhada para Barbacena, às vezes, para nunca mais ver. Este período foi o mais terrível de minha vida. A ameaça de que isso acontecesse com meus familiares me corroía. Sem dúvida, já em Belo Horizonte, ao entrar no Hospital Galba Veloso já se conhecia o inferno que os esperava.

A nossa luta pela reforma é pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos, pela abertura dos CAPS e de centros de convivência, pela atenção à saúde mental pelos Programas de Saúde da Família e pelas Unidades Básicas de Saúde foi muito bonita. Lembro que muitos profissionais das equipes de saúde tinham medo de

atender os usuários da saúde mental. A convivência fez com que perdessem o medo e os preconceitos. A “periculosidade do louco” ainda era um preconceito forte quando começamos a atuar em Ipatinga. Hoje, quando vamos às comunidades o medo já não é da mesma forma, apesar do preconceito social ainda existir.

É claro que atualmente ainda temos de melhorar a rede de atenção, pois o manicômio mental ainda existe em muitos profissionais da saúde. E esta mentalidade, que não faz parte da nossa compreensão antimanicomial, acaba por contaminar nossa luta e enfraquecer a consolidação do modelo aberto. Alguns casos mais graves ainda tendem a retornar ao isolamento doméstico, à exclusão e a permanecer neles sem ações dos serviços de saúde mental que visem alterar este ciclo. Isto acaba aumentando a insatisfação dos familiares e promovendo a descrença nos novos modos de cuidar comunitário. Nossa associação em acompanhado alguns desses casos e estimulado novas intervenções com a comunidade local, a Unidade de Saúde e o CAPS. A luta é constante.

Aqui em Ipatinga muitas soluções contra a exclusão foram possibilitadas pela implantação das RAPS e pelo projeto Loucos Por Você. Nossas ações políticas que se iniciaram em 1999 foram responsáveis por uma série

de mudanças importantes. Nossa Associação, a Loucos Por Você, reuniu profissionais, familiares e usuários que se organizaram para lutar pela implantação do CAPS. A partir desta luta, o movimento realizou rodas de conversa, oficinas de arte e de geração de renda em convênio com a prefeitura. Esta organização possibilitou diversas ações de inclusão, com ampliação da rede de relações de forma nunca antes vista no município. Esta rede foi responsável pela criação de um ponto de vista antimanicomial no município que influenciou a política de saúde mental. Foi assim que, em 2003, o município enfim implantou um CAPS.

O projeto Loucos por Você recebeu dois prêmios nacionais. O primeiro foi pela luta em defesa dos direitos humanos dos usuários da saúde mental, na III Conferência Nacional de Saúde Mental. O segundo prêmio foi de gestão participativa no SUS, no prêmio Sergio Arouca, quando o psicólogo Jairo Tadeu Guerra, um dos fundadores do movimento, apresentou nossas práticas que envolviam: acompanhamento dos usuários, dos familiares, e discussão das necessidades dos junto à secretaria de saúde e aos serviços de saúde.

A gestão participativa foi muito importante para que começássemos a acreditar em nós mesmos. Sempre digo que comecei a acreditar que o saber não está somente do lado de lá da mesa, com os profissionais,

mas que eu também sabia algo e que podia ajudar a encontrar saídas. Estar juntos para aprender uns com os outros, estar prontos para ouvir realmente o sofrimento para que as soluções surjam e propiciem o fortalecimento das relações e não a exclusão social. É esta crença que mantém minha esperança que se renova a cada dia. Vamos lutar juntos!



O que é o Hospital Psiquiátrico?

Rogério Rodrigues de Carvalho

Os porões da loucura, assim é o hospital psiquiátrico. Corpos amarrados, sem cor, sem pele no silêncio. Não consigo dormir, as horas não permitem, sinto preso. Os dias passam, estou vivo, mas a cabeça não aguenta tanto choque, tanta eletricidade, que faz um eco na minha cabeça. A comida sem sal, sem gosto, não aguento mais hospital psiquiátrico, depósito de lixo. Como sobreviver com tanto sofrimento? Basta, quero ir embora ver as montanhas, não quero ficar entre paredes.

Eu, Rogério Rodrigues de Carvalho, sou mais um sobrevivente do hospital psiquiátrico, fiquei internado duas vezes por 30 dias. A primeira vez foi no André Luiz em 1993, a pior experiência que se pode ter, muita eletricidade, eletrochoque, muita medicação, brigas com outras pessoas, celas fortes, muitos usuários com abstinência das drogas. Eu não entendi por que eu tinha que estudar o espiritismo, tomar passe e conversar com os espíritos, eu não entendi por que eu tinha de ficar naquele lugar. Cheguei lá por conta da depressão, mas depois me diagnosticaram com esquizofrenia.

A outra internação foi no Galba Veloso em 1994, vi gente amarrada sendo morta, pois o pessoal fumava e queimava os cobertores, morriam queimados. Muita violência, eles deixavam as mulheres nuas junto com os homens. Pior era tomar 40 comprimido por dia, comida, ruim e banho frio. Lembro que na época o Brasil ganhou da Holanda 3:2, os usuários quebraram a televisão e pensei: “Como vou assistir à final entre Brasil e Itália?”. Consegui sair de lá com ajuda do CERSAM (CAPS de Belo Horizonte) e da minha família, então, felizmente, consegui assistir ao jogo em casa.

Quando se chega em crise no hospital psiquiátrico, se passam pela triagem e somos medicados antes mesmo de se conversar com o psiquiatra ou psicólogo, no CERSAM, somos acolhidos primeiro pelos profissionais. No CERSAM, tem muito menos violência entre os usuários, o convívio é muito melhor, não somos separados uns dos outros em alas nem com grades. Quando há brigas no hospital, os enfermeiros batem na gente e amarram, no CERSAM, os profissionais ficam próximos, ajudando na convivência e melhorando o ambiente. No hospital não temos acesso aos meios de comunicação, tudo é vigiado, não temos direito de sair, de dar uma volta, não existe passeios; as visitas são raras, rápidas e só nos horários permitidos. No CERSAM, não somos tão medicados, o lugar não é frio, com comida ruim e banho gelado. Os profissionais no CERSAM conversam com a gente, no hospital só passam remédios.

Hoje me sinto feliz por ser tratado em uma rede de saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, ainda que ela precise melhorar. E para quem acha que esses terrores são do século passado, as vistorias realizadas em hospitais psiquiátricos (2019) e comunidades terapêuticas (2015) pelo Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, mostram que isso que conto não é passado. Fiz uma visita no Hospital Raul Soares em 2022, pela Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais, encontrei as pessoas uniformizadas com os aventais azuis, jogadas no pátio todo quebrado, as alas com cheiro de fezes e urina, as pessoas babando de tantos remédios e morando dentro do hospital, as pessoas isoladas em enfermarias com grades.

Por isso que digo: **hospital psiquiátrico jamais!**
Manicômio nunca mais!





Como fechar um Hospital Psiquiátrico?

Viviane Souza Maciel Almeida

Irei contar um pouco do fechamento da ABCOL (Associação Beneficente Cônego Lafayette) em Santa Maria do Suaçuí, um município de aproximadamente 17.537 habitantes. Não participei do processo do início ao fim, mas espero que as informações que eu traga aqui ajudem a dar dimensão do processo.

Bom, a ABCOL era uma instituição em Santa Maria do Suaçuí, um município de aproximadamente 17.537 habitantes. Tudo começa com um processo instaurado pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais que faz com que o então Secretário Municipal de Saúde, Ricardo Pereira Gomes, acione a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) que realiza uma vistoria em 2016. Nessa primeira vistoria foi encontrado o seguinte:

Durante o processo de vistoria foi realizada inspeção de todas as dependências da instituição, assim como, avaliação individual das pessoas internadas, o que permitiu uma avaliação complexa sobre o modo de funcionamento da entidade, sendo possível localizar inúmeras situações irregulares e, inclusive, graves violações de direitos humanos.

Com relação às condições físicas e organização, a entidade mantém as pessoas trancadas em locais com grades, sem iluminação adequada, com odor fétido de fezes e urina, banheiros sem portas e sem vasos sanitários, chuveiros com água fria e alimentação inadequada. Um ponto importante é a questão dos benefícios dos usuários que ficam integralmente de posse do presidente da Associação, sem que haja prestação de conta adequada e violando o direito dos pacientes, já que os mesmos não têm ciência da maneira como vem sendo aplicados seus próprios recursos financeiros.

No que tange à situação das pessoas internadas, percebe-se que em função da instituição funcionar com lógica manicomial há uma cronificação dos casos que não recebem acompanhamento adequado, há presença de prescrição medicamentosa sendo mantida há anos, não há atividades que visam promover a inserção social e nenhum tipo de intervenção voltada para os familiares. E ainda mais grave, alguns pacientes denunciaram que são violentados por funcionários da instituição.

Os registros de “prontuários” foram implantados recentemente e não possuem informações significativas sobre a evolução dos pacientes. Em todos os prontuários há a informação: “a patologia do paciente o impossibilita de gerir a própria vida” (sic), sendo que a partir das entrevistas com cada um foi possível perceber o contrário e, destacar, que a situação em que os mesmos se encontram

traduz o abandono do manicômio, o que fere a legislação de Saúde Mental vigente a partir da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial - Lei Federal 10.216/2001.

De acordo com descrito acima, conclui-se que os pacientes estão em plena condição de desinstitucionalização podendo ser inseridos na sociedade e receberem tratamento digno e humanizado nos diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Para tanto, as articulações deverão ser feitas a fim de promover a interdição e fechamento da referida instituição, realizando processo responsável de construção das possibilidades para cada caso, seja para o retorno ao convívio familiar ou inserção em Serviço Residencial Terapêutico, com acompanhamento adequado das questões de Saúde Mental nos serviços públicos de base territorial. (SES-MG, 2016)

3 anos depois encontramos a seguinte situação:

Na história foram realizadas avaliações individuais das documentações das 54 pessoas institucionalizadas, conversa com algumas dessas pessoas, avaliação da estrutura da instituição, sendo possível identificar inúmeras irregularidades e violações de direitos humanos. Foram identificadas características manicomiais tais como: ambiente sem luminosidade; higienização precária; divisão em pavimentos: ala feminina e ala masculina; quartos com paredes

com mofo, com 2 a 4 camas em cada um e apenas 1 banheiro em cada ala e de uso compartilhado; Parte externa toda cimentada cercada por muros altos com pouco espaço no interior; Os materiais que seriam de uso 14 pessoal (roupas, toalhas, roupas íntimas) todos compartilhados (não havia privacidade nem autonomia para ter as próprias roupas ou demais materiais de uso individual); Não havia ambiente para atividades de inserção social, oficinas terapêuticas e atividades socioculturais e esportivas; As pessoas institucionalizadas estavam sem acompanhamentos terapêuticos por equipe multiprofissional, a saúde dos mesmos estava visivelmente debilitada, tanto em questões de saúde física quanto mental; higiene precária dessas pessoas, além de os banhos serem coletivos e foi presenciado a ocorrência de filas dos usuários para entrada coletiva nos banheiros para os banhos que eram todos realizados pelos funcionários da instituição em que tais usuários eram “higienizados” de forma coletiva, sem orientações de promoção da autonomia dos mesmos. Em entrevista com os funcionários, eles relataram que os usuários não teriam condições de fazer nenhum trabalho manual, e assim, eles não forneciam nenhum material para que essas pessoas aprendessem a iniciar atividades de alfabetização, artesanal ou de autocuidado. Durante a visita, uma das usuárias pediu à autora do relato, a caneta emprestada e fez um desenho na mão da mesma, em que ao questionar a funcionária sobre essas atividades, foi colocado que seria perigoso fornecer caneta aos

usuários. É importante colocar que em avaliações realizadas pela equipe do CAPS, não foi identificado nenhum usuário que apresentasse algum grau de periculosidade. (DE MELLO, 2022)

O processo foi longo, durando ao todo 6 anos. É importante pontuar que houve vontade política da SES em iniciar o processo e insistir na continuidade, apesar das dificuldades. Para efetivar a desinstitucionalização foi, primeiro, necessário encontrar os familiares. Depois disso foram anos de trabalho árduo de convencimento dos gestores para implantação de SRT, muitas reuniões, disponibilização de recurso específico pela secretaria estadual e acompanhamento próximo pelo Ministério Público.

Ao final do processo de desinstitucionalização do período de recorte da experiência relatada, foram acolhidos 28 usuários nos 4 SRTs implantados; 05 foram acolhidos por familiares de seus municípios de origem e 13 foram acolhidos em ILPI, devido à idade em risco de ficarem na instituição insalubre até se consolidarem as implantações dos SRTs, tendo em vista que esse período da desinstitucionalização ocorreu na Pandemia do COVID 19, em que idosos eram considerados grupo de risco para agravamento ou mortalidade por COVID 19, caso contraísse o vírus.

O que aprendemos com essa experiência? Que tudo depende da vontade política. Vontade do

Ministério Público denunciar e acompanhar, do estado dispor de recursos financeiros e condução firme, dos municípios colaborarem e tomarem a responsabilidade de abrir e gerir serviços substitutivos aos manicômios. A lei só sai do papel com a mobilização e com trabalho sério interinstitucional. Apesar da Lei Estadual nº 11.802/95, conhecida também como lei Carlão, dispor do fechamento gradual de todos os hospitais psiquiátricos, vedando a ampliação de leitos, sabemos que Minas Gerais ainda possui essas instituições. Quase 30 anos depois de sua promulgação, ainda estamos em dívida história com os sujeitos institucionalizados em nome da razão que permitiu e ainda permite toda forma de violação de direitos e barbaridades. Para superarmos a indústria do encarceramento da loucura, precisamos de movimentos sociais fortes, capilarizados em todo país, que tensionem o poder público a cumprir com seus deveres. Pois a complexidade do processo de desinstitucionalização nunca pode virar desculpa para que não avance. Afinal, a vida tem PRESSA!

Referências Bibliográficas

DE MELLO, Fernanda Pamponet. Relato de experiência sobre processo de desinstitucionalização no município de Santa Maria do Suaçuí - MG. **Tese de Conclusão de Curso.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS/SES-MG, **Relatório vistoria Associação Beneficente Cônego Lafayette-ABCOL.** 2016.





O que é uma comunidade terapêutica?

Francisco das Chagas Góis Viera

Meu envolvimento com as drogas começou em 1979, mas ao longo desse tempo fui aumentando a dosagem e agregando novas. Em 2002, entrou uma substância muito forte que potencializou todas as outras e comecei a ter problemas sociais e familiares. Minha família achou por bem me convencer a tratar numa comunidade terapêutica chamada Fazenda da Esperança que tinha cunho religioso. Passei a ser cerceado e fui imposto uma religião que não seguia. Como sou muito falante, falei que não era católico e, desde então, sofri muitos maus tratos.

A gente acordava as 6h da manhã para fazer ritual religioso, o terço, não me propunha a fazer, mas era obrigado, e aí ia, depois do café da manhã, era para laborterapia que tinha plantação de vários gêneros alimentícios sem remuneração. Vivíamos uma vida agrícola bem ativa e a noite tínhamos que frequentar a missa, mesmo quem não seguia a mesma religião. Foram 3 meses de muita pressão psicológica e cerceamento. Com 3 meses eu acabei explodindo com uma pessoa que

estava em tratamento e foi colocado como monitor e, assim, fui colocado para fora. Saí e voltei ao meu uso de substâncias.

Passou-se alguns anos e em 2008 conheci o CAPS AD onde vi um tratamento diferenciado, humanizado, científico e comecei a me envolver no tratamento. Mesmo assim, complicações ainda existiam e, por isso, minha família me levou para um atendimento de urgência num hospital psiquiátrico de Fortaleza por uma tentativa de suicídio e, de lá, me encaminharam para uma outra comunidade terapêutica. Essa experiência foi muito ruim. Era uma casa que tinha capacidade para umas 10 pessoas, mas tinham 42 pessoas. E era assim: trabalho, religião e doutrinação forçados.

Consegui ficar um tempo, mas como de manhã havia um culto que eu não conseguia participar por dormir muito em função dos medicamentos me passados no hospital psiquiátrico, o pastor que coordenava e era dono da comunidade achou por bem fazer uma experiência e tirar meus medicamentos. Nisso eu fiquei com dificuldade de dormir e, por isso, o monitor me pegou por 2 vezes me lendo um livro no horário que nos obrigavam a estar dormindo. Me repreendeu que eu deveria estar na minha cama e eu respondi que não iria, pois estava sem sono e assim fui posto para fora.

Voltei aos CAPS, mas meu problema persistia, fui encaminhado mais uma vez para o atendimento de urgência no hospital psiquiátrico, onde fui encaminhado de lá para a 3 comunidade terapêutica e fui mais para agradar minha família. Foi outra experiência muito ruim para mim. Tínhamos que cavar buracos muitas vezes sem sentido e depois decidiram fazer uma barragem, onde o esforço físico era insuportável, além das rotinas religiosas de religião que não sigo. E ficava lembrando na diferença do CAPS para aquele lugar onde estava segregado, cercado. Eles tinham 3 cachorros pit bull que, a noite, eram soltos para não fugirmos, uma verdadeira prisão. Sofri grande pressão psicológica por questionar algumas coisas e fui proibido de questionar, além de usar as palavras liberdade e democracia. Passei 2 meses sem contato com minha família, pois era proibido. Depois, apenas 1 telefonema por semana. Depois de 3 meses, passaram um vídeo de uma pastora que falava da experiência dela 9 meses no inferno. Era uma coisa grotesca, pedi para sair para ler um livro e foi assim que fui expulso novamente. Eles colocam as clínicas bem distantes das cidades e, como minha família não foi me buscar em 2 horas, eles me colocaram na rua às 11 horas da noite num lugar que eu não conhecia para voltar sozinho.

Apesar de terem o mesmo nome da experiência de comunidades terapêuticas inglesas que se iniciou no

século XX, o que existe no Brasil não tem nada haver. Chegou pelos religiosos de uma forma extremamente precária, onde somos presos e torturados. Eles têm visão retrógada do comportamento humano e do que é ser uma pessoa com uso prejudicial de drogas. Eu vi pessoas serem espancadas, amarradas e trancadas em quartos de correção.

A redução de danos é o que funciona para mim, hoje eu estou já a algum tempo sem uso das substâncias. Agradeço muito a equipe do CAPS que me atende muito bem e espero que nem eu nem mais ninguém volte a parar nas comunidades terapêuticas.





Como fechar uma comunidade terapêutica?

Filippe de Mello Lopes⁷

O convite para a escrita deste texto vem a partir da ASUSSAM e tem como mote as questões que intitulam o mesmo, qual sejam: por que fechar uma comunidade terapêutica (CT) e como fazer isso? De pronto, para responder à primeira pergunta, a resposta é imediata: porque as CT representam os novos manicômios no Brasil. Só isso não basta. Vejamos: as CT, como modelo de tratamento, preconizam a abstinência como objetivo primeiro e último do que chamam de tratamento e, nesse sentido, elas já se colocam inicialmente olhando para o fim do que chamam tratamento, esquecendo-se dos meios.

O que chamamos de meios é justamente aquilo que está no “entre”, entre um uso e outro, entre uma reflexão e outra, entre um diálogo e outro. Nesse sentido, os meios importam menos para as CT, tendo em vista que, em sua totalidade, fica de lado exatamente o que interessa nos

tratamentos em liberdade, isto é, quais caminhos fizeram com que aquela pessoa chegasse até aquela forma de se relacionar com a(s) substâncias psicoativas (SPA).

Nesse sentido, se as CT, então, “encurtam” o caminho a fim de alcançarem o que consideram o fim do tratamento, isto é, a abstinência, a lógica oposta a isso, o tratamento em liberdade, pressupõe que os meios são tão importantes quanto o início ou o fim. Assim sendo, as CT, nesse intento de reduzir os caminhos de um tratamento, o fazem de diversas maneiras, sendo a principal delas o esforço de “apagar” a história de vida da pessoa que adentra a entidade.

Tal apagamento começa na porta, quando sua liberdade fica restrita, seus pertences alienados à entidade, suas roupas, músicas e relações extirpadas da pessoa, fazendo com que, naquele local, só exista uma única questão: um corpo isolado e que precisa se ver abstinente da relação com a SPA, como se fosse possível isolar a pessoa de suas vontades, desejos, pensamentos, amores e paixões.

Assim, ensaiamos respostas para a primeira questão que se coloca aqui: por quê fecharmos uma CT. Vejamos agora como fazê-lo numa perspectiva processual. Para tal, tomaremos como exemplo uma inspeção ocorrida em MG. Antes disso, faremos uma breve apresentação do processo de construção da

⁷ Psicólogo e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

inspeção para, em seguida, apresentarmos o que chamamos de processo.

Entre os anos de 2016 a 2019 o autor deste participou de diversas inspeções em comunidades terapêuticas em MG, dando destaque para a atuação de MG na Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, de 2017, organizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e o Ministério Público Federal (MPF).

Tal ação tinha como previsão de que cada estado brasileiro pudesse participar com uma ou duas inspeções para amostragem regional. Todavia, MG, com seus 854 municípios e com o comprometimento histórico da militância da Luta Antimanicomial, propõe nove inspeções simultâneas em diversas regiões do Estado. Obviamente, a logística para tal ação, demandou o envolvimento de muitas pessoas e instituições, além de muita vontade política (pessoal e coletiva) em desnudar o que se passa no interior das CT.

As nove inspeções mineiras compõem e podem ser acessadas por meio do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado no ano de 2018. Diante disso, uma questão recorre: quais as motivações para uma ação nacional de tamanha

amplitude por órgãos tão importantes como os que assinam o relatório?

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas:

“Enquanto o número de leitos em hospitais psiquiátricos teve forte queda nos últimos anos, as comunidades terapêuticas cresceram em quantidade e buscam se consolidar como opção de tratamento imediatamente disponível. Entretanto, como se verifica ao longo deste relatório, tais instituições oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos” (CFP, 2018, p. 22).

Nesse sentido, seguindo o explicitado acima, as motivações para uma inspeção em comunidade terapêutica tem a característica central de se buscar conhecer quais práticas estão sendo realizadas nesses espaços, tendo em vista que o sabido, de modo generalizado, é o de que práticas asilares e de violação de direitos são parte da lógica de funcionamento de uma CT.

Nessa perspectiva, tendo em vista que as CT escapam do rigor metodológico, ético e institucional que um serviço de saúde precisa sustentar, as inspeções

tem um lugar, muitas vezes, regulador da atuação desses espaços. Posto que, diferente dos setores saúde, assistência social, e Sistema Judiciário, as CT carecem de robustez ética, institucional, logística, técnica/metodológica e legislativa.

Ainda de acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas:

Diante desse cenário, tornou-se premente a necessidade de colher informações mais atualizadas acerca das práticas empregadas pelas comunidades terapêuticas. Assim, surgiu a proposta de realizar uma inspeção nacional que permitisse observar in loco e coletar subsídios para avaliar se as bases metodológicas das CT's apresentam ou não conflitos com o ordenamento jurídico e a legislação que rege a garantia de direitos da população com transtornos mentais. (CFP, 2018, p.22)

Assim sendo, fica justificada a importância em inspecionar as CT, tendo em vista, sobremaneira, a identificação das mesmas com o que a jornalista Daniela Arbex nomeia como “Holocausto Brasileiro”, ao retratar o que foi produzido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) e que serve como exemplo de vários outros representantes do que é chamada a “Indústria da Loucura”.

A experiência vivida:

Diante a vivência aproximada e sincera que os serviços substitutivos aos manicômios brasileiros, os CAPS ou CERSAM's e os movimentos sociais da Luta Antimanicomial brasileira estabelecem com os usuários dos serviços de saúde mental, vivencia-se uma série de denúncias de violações de direitos que as CT cometem. Isso também se dá por meio de denúncias de órgãos municipais, estaduais e federal e também por meio da mídia, mas ganha-se relevo a quantidade de pessoas que, ao serem privadas de liberdade nas CT, relatam diferentes níveis dessas violações.

Um dos exemplos rigorosos de denúncias de violação de direitos em MG foi a CT “CREDEQ/CENTRADEQ”, alocada no município de Lagoa Santa, à época, 2018.

Após inúmeros relatos de violação de direitos por pessoas egressas de privação de liberdade na CT supracitada, se organizou uma inspeção com vistas a conhecer o que se passava no local.

Na inspeção, que contava com diversos setores (Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, Fórum Mineiro de Saúde Mental, CRP-MG, MPF, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Vigilância Sanitária

Municipal e representantes da rede municipal de saúde) foi possível, logo na entrada da entidade, observar o rigor no controle de entrada e saída da mesma, assim como seu caráter asilar: as pessoas eram vistas por meio de um buraco no portão de metal, de cerca de 20cm x 20cm.

Ao nos apresentarmos, inicia-se um mal-estar, por parte do representante da entidade, que se mostra resistente em nos receber e abrir o portão. Tão logo o mesmo é aberto, a equipe de inspeção se espalha a fim de conhecer o espaço físico e ter contato com as pessoas que se encontravam privadas de liberdade. Não demorou muito até que os relatos de violação se iniciassem.

Naquele momento, de escuta dos relatos, havia uma situação constrangedora: havia uma pessoa que acabara de sair do que chamavam “quarto-solitária”, que era um espaço similar a um pequeno corredor, com paredes almofadadas e que as pessoas que se encontravam em quadros de agitação psicomotora eram colocadas ali até que cedessem o quadro. Não havia cadeiras ou bancos ou banheiro nesse espaço, apenas um pequeno ralo, onde a pessoa poderia urinar ou defecar.

Tal situação é agravada quando o relato do jovem que se encontrava naquele espaço traz a

denúncia de que o isolamento era acompanhado de espancamento com um pedaço de madeira, uma espécie de cassetete, que ficava atrás da porta da sala dos monitores, que atuam como “zeladores” do espaço e da “ordem”. Diante de tal relato, numa breve organização da equipe de inspeção, constata-se que haviam diferentes níveis de violação de direitos naquela entidade e que deveríamos, na presença do representante do MPF e Vigilância Sanitária, não apenas decretar o fechamento da mesma como informar e convocar os familiares das pessoas que ali se encontravam para buscarem seus familiares o mais breve possível. Assim foi encaminhado.

Como se não bastasse, a Vigilância Sanitária Municipal, ao adentrar no espaço nomeado como “enfermaria e farmácia” da entidade, constata a guarda de medicamentos vencidos, distribuídos de modo irregular e sem os preceitos legais que ordenam forma de guarda, manejo e dispensação medicamentosa.

Constatadas todas essas denúncias, foi informado ao coordenador da entidade que seria decretada a interdição da mesma assim como seria realizada a retirada de todas as pessoas que ali se encontravam. Nesse momento, a resistência à equipe e à inspeção aumentam a ponto da necessidade de

que a Polícia Militar seja acionada, tendo em vista o caráter agressivo contra a equipe de inspeção, que se estendeu também ao representante do MPF, sendo Procurador da República.

Nesse ínterim, a equipe se organiza, organiza as pessoas e conversa com todas, a fim de que possam ser informadas de que sairão daquela entidade e que precisaríamos de calma, paciência e organização. A informação é recebida com vários gestos de alegria e satisfação por parte das pessoas privadas de liberdade. Após informá-las, inicia-se as ligações para os familiares dessas que, vão chegando, sendo informadas pela equipe de inspeção e, lentamente, entendendo onde é, de fato, que seus familiares estavam privados de liberdade e o que estavam vivendo naquele espaço.

Vale destacar a importância da participação de todas as pessoas da inspeção, com destaque para a representação municipal da ação, pois todo o acolhimento das pessoas que não foram encontradas pelos familiares no mesmo dia, foi realizado no CAPS de Lagoa Santa de forma honesta, segura, cuidadosa e com o zelo que uma pessoa (estando em sofrimento psíquico ou não) deve ser tratada.

Para fechar, o processo: o que fazer e como fazer?

Conforme sinalizado anteriormente, segue abaixo um pequeno manual processual/ metodológico para a organização e realização de inspeção em CT, com vistas a consolidarmos uma forma de realização da ação que tenha critérios pautados não só na legalidade, mas sobretudo, na ética do cuidado:

1 - para organizarmos uma inspeção, é importante que o diálogo e organização da equipe seja honesto, sigiloso e conte com o expertise dos movimentos sociais, dando destaque para a atuação, em MG, do Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) e Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH).

2 - Feitos os contatos intergrupais, agora é hora de pensar nas articulações com outras instituições, como o Ministério Público (estadual e/ou federal) assim como com a Vigilância Sanitária (VISA) - essa tem o poder tanto de entrar nas entidades como de as interditar, então, sua presença é importante, todavia, é fundamental que haja um alinhamento técnico e metodológico antes da inspeção, pois há uma tendência de que os aspectos humanos sejam invisibilizados. Tal fenômeno não acontece por “culpa” dos profissionais, mas pelo entendimento histórico que o exercício da VISA (em alguns casos) tem como pressuposto o olhar sobre a estrutura oferecida e não sobre as práticas que ocorrem na entidade;

3 - organizada a equipe de inspeção (movimentos sociais e instituições públicas), é hora de organizar data, horário e logística da inspeção, como transporte da equipe, previsão de tempo de inspeção e estratégias de atuação. Por exemplo, caso seja constatada de imediato alguma violação de direitos, como relatado na inspeção da CREDEQ/CENTRADEQ, definir sobre o contato com a Polícia Militar e/ou com a Polícia Federal (em casos de CT em beiras de estradas ou afastadas da zona urbana - o que é comum).

4 - Vale destacar a importância de a equipe se manter atenta e coesa entre si, pois é comum que as pessoas que atuam nas CT exerçam algum tipo de ameaça, então, é importante que os integrantes da equipe de inspeção não fiquem sozinhos durante a ação;

5 - outro ponto importante em uma inspeção é ter o contato da mídia. Não havendo possibilidade de articular que alguma representante das mídias esteja na equipe, é muito válido que se organize o contato com a mesma, pois será a divulgação das violações de direitos constatadas na inspeção que dará amplitude à ação e isso é muito importante. Como exemplo da importância da participação da mídia, vale mencionar que foi por meio da divulgação midiática de diversas

inspeções realizadas que conseguiu-se tornar público aquilo que acontecia “entre quatro paredes” em várias CT.

6 - Por fim, e não menos importante, destacamos a importância da articulação com os representantes de órgãos públicos, como o MPE, MPF, VISA, pois são por meio das interdições realizadas por esses órgãos que conseguimos também a interdição dos custeios estaduais e federais das CT. Ou seja, é preciso que sejam constatadas as violações de direitos, feita a interdição do funcionamento da entidade para que o financiamento público da CT seja interrompido, então, essa é uma ação também de grande relevância, tendo em vista que estamos falando de financiamento público para ações que violam os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Com vista a conclusão, esperamos ter conseguido apresentar o percurso de que passa de por quê fechar uma CT até a forma de fazê-lo, tendo em vista que estamos tratando aqui de um documento produzido por pessoas usuárias dos serviços substitutivos aos manicômios (e seus similares) para outras pessoas também usuárias desses serviços. Nesse sentido, a proposta é emancipatória. Esperamos ter contribuído com tal proposta.

Referências Bibliográficas

LOPES, Filipe de Mello. **As novas comunidades terapêuticas e as velhas políticas sobre drogas no Brasil: um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”** [manuscrito]/ Filipe de Mello Lopes. - 2015. 134f. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/FILIPPE%20DE%20MELLO%20LOPES.pdf>

CFP, Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017/** - Brasília DF: Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>

CFP. **Relatório Diligência de Instrução na Comunidade Terapêutica “Desafio Jovem Maanaim”**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-diligencia-de-instrucao-na-comunidade-terapeutica-desafio-jovem-maanaim/>



Eu, ViUma (e tantas outras)

PELO FECHAMENTO
DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

Vilma Alves de Amorim⁸

Meu nome é Vilma, sou uma mulher negra de 50 anos. Sou usuária da RAPS e tive minha primeira crise quando era uma menina de 24 anos. Passei por muita coisa na vida. Fui casada à força. Já estive na rua. Minhas quatro filhas foram tomadas pelo estado. Fui presa, porque, ao me defender de uma tentativa de abuso, acabei tirando a vida do abusador. Fui presa em setembro de 2014. Em agosto de 2015, fui encaminhada para cumprir medida de segurança no manicômio judiciário.

Lá no Jorge Vaz, um dos últimos Manicômios Judiciários de Minas Gerais, você tem sempre que ficar de olho, se não vem alguém e dá um racha de capão no seu ouvido e você até cai no chão. De graça. Se uma pessoa reclama muito, levam ela pro “isolado”, para ficar em silêncio. Ela fica lá por sete dias e depois

⁸ Cidadã de Contagem/MG, usuária da RAPS de Contagem. Pedro de Paula do Nascimento Teixeira. Acompanhante Terapêutico da Vilma.

buscam ela. Dependendo a pessoa ainda ficava mais cinco. Não tinha tratamento igual no CAPS.

Eu estive muito magoada lá dentro. Custou muito pra eu ir embora. Acho que não saí mais cedo porque eu trabalhava lá. Limpava e varria corredor, sala dos médicos, quartos... Para evitar problemas lá dentro, eu repartia o café, o leite. Trabalhei. Comi o pão que o diabo amassou com o rabo. Ali dentro sofri de tudo.

Depois de tanto tempo de sofrimento naquele lugar, minha supervisora me chamou e disse “Vilma, o PAI-PJ veio conversar com você, ele sabe que você quer ir embora.” Conversei e falaram para eu juntar minhas coisas. Eu nem queria juntar nada não, eu falei que só queria ir embora. Até pus as mãos para frente, mas me responderam que eu não ia ser algemada, eu estava indo pra casa. Entrei para o carro e vim para Contagem.

Foi com a ajuda do PAI-PJ e as meninas lá de Contagem, que eu consegui minha casa, o Serviço Residencial Terapêutico. Ali na casa as pessoas se respeitam, é totalmente diferente, ninguém te agride de graça, quando alguém faz agressão chamam o SAMU e a pessoa vai pro CAPS. Não tem isso de apanhar de graça.

Na Residência Terapêutica eu tive a oportunidade de me tratar de verdade, lá no CAPS, e tinha dia que até no Centro de Convivência eu ia. Hoje eu sei andar

de ônibus sozinha, faço natação, tenho uma televisão a cores e uma cama de casal. Lá em Barbacena não tinha nada disso. Ali na casa, com ajuda da Aninha⁹, reencontrei duas das minhas filhas, e descobri que sou vovó de duas netinhas. Posso ligar pra minha família sempre que eu quiser.

Agora eu tenho vida, posso ir na padaria, posso ir na farmácia, posso ir no shopping, posso andar onde eu quiser. Conheço muita gente do meu bairro e dos bairros vizinhos, e as pessoas me conhecem também. É muito bom poder estar em um lugar que você pode sair e conversar com as pessoas, ver o dia, a cidade.

Demorou tanto tempo para que eu pudesse ter minha vida de volta. Não ter documento, não ter casa, não ter família é muito ruim. Barbacena tirou quase tudo de mim. Não existe felicidade em um lugar tão violento, cheio de gente sofrendo, sem nenhum cuidado com a gente. Já passou da hora daquele lugar fechar.

O triste é saber que eu não sou a única que passei por ali. Tem muita gente ali que também quer sair, que também precisa de ajuda. Quantas pessoas são levadas pra lá depois de já terem tirado tudo delas? Eu pelo

9 Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, gestoras do CAPS III Eldorado e SRT Novo Eldorado.

menos reencontrei minhas filhas, hoje tenho casa, mas tem gente que perdeu tudo. É muita maldade feita com gente que muitas vezes não recebeu uma ajuda, nenhum cuidado, foi parar ali porque tinha tantas outras coisas já causando sofrimento, que por uma ação, um conflito com a lei, pegam prisão perpétua.

Eu ViUma, e tantas outras mulheres, marcadas pelo manicômio em sua mais terrível expressão: o hospital de custódia. Eu ViUma e tantas outras pessoas negras, tantas outras pessoas que estiveram em situação de rua, tantas outras pessoas que tiveram seu direito ao acesso à saúde, educação e assistência social negados, tantas outras pessoas que fizeram uso de álcool e outras drogas, tantas outras pessoas jogadas num depósito de gente cruel, que não trata, não cuida, não reeduca, só produz morte.

Eu, ViUma, e tantas outras pessoas, denunciemos que em um espaço de encontro entre o Haldol e o fuzil, não existe humanidade. Enquanto existir manicômio judiciário, existirá uma prisão perpétua para onde vão os perseguidos pela sua cor e raça, por seu gênero e orientação sexual, por sua classe social e jeito de ser no mundo. Enquanto existir hospital de custódia, existirá também um lugar para serem jogadas as pessoas que o Estado nunca quis alcançar, e normalmente são as mesmas pessoas a quem o Estado nega o direito à cidadania. ~



Cuidando em Liberdade

O ACOLHIMENTO DE UMA
ADOLESCENTE NA RAPS BH

Ana Marta Lobosque

Tive conhecimento da trajetória de Gisele ao participar de uma discussão de caso entre os serviços envolvidos em seu cuidado - um dos Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil - CERSAMi e a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - UATi - enquanto atuava como supervisora clínico-institucional da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Os nomes da adolescente e de sua mãe estão modificados, para preservar sua privacidade. Pelo mesmo motivo, não especifiquei qual o CERSAMi em que Gisele foi atendida, nem a regional da cidade em que vive. Da mesma forma, embora este relato se baseie na cuidadosa apresentação escrita do caso por suas referências, os nomes delas não serão citados.

Decidi relatar este caso, bastante grave do ponto de vista psíquico e social, pela delicada escuta e amorosa tenacidade com as quais as equipes do CERSAMi e da UATi conduziram o seu tratamento; e pela coragem

e desejo de vida demonstrados pela própria Gisele, ao responder aos cuidados recebidos.

Primeiros tempos do cuidado:

Gisele chegou a um CERSAMi de Belo Horizonte aos 14 anos, encaminhada por um hospital geral, em quadro de intensa agitação. Fora encontrada desacordada em um lixão, tendo no corpo marcas de espancamentos e violência sexual. A violência social e familiar sofrida pela adolescente, reiterada ao longo de toda sua vida, é sublinhada ainda por uma bofetada que lhe dá o pai, ao chegar pouco depois ao CERSAMi.

Gisele fazia uso desenfreado de loló, e, durante o uso da droga, expunha-se repetidamente a assédios sexuais por parte de outros usuários e traficantes. Também sua mãe, Geise, envolvia-se com drogas e outras atividades ilícitas, chegando a ser presa quando Gisele era criança; eventualmente, saindo para um baile funk ou um encontro qualquer, se ausentava durante dias, para desespero de Gisele. Não raramente, Geise, assim como suas duas irmãs, fazia tentativas de autoextermínio e automutilações. O pai de Gisele é um traficante com o qual a mãe viveu apenas um ano após o nascimento da filha, separando-se dele pelos maltratos que sofria. Após a separação, Geise foi morar na companhia da mãe com Gisele, que continuava a

ter contato ocasional com o pai. Há rumores de que Geise se envolvia em aliciamento de menores; e de que o próprio padrasto teria envolvimento sexual com Gisele, oferecendo a ela e a sua mãe presentes caros e drogas. É sempre difícil distinguir, nestes relatos, o que é fato do que é boato, o que aconteceu realmente e o que é fantasia da adolescente; mas as marcas no corpo e na mente de Gisele dão testemunho inequívoco da violência que a envolve e afeta.

Durante algum tempo, alternaram-se períodos em que Gisele permanecia no CERSAMi, geralmente também em hospitalidade noturna; e outros em que, um pouco melhor, se ausentava do tratamento, no qual mãe e avó não confiavam. Quando em crise, Gisele, segundo sua técnica de referência, “arrasta o corpo pesado de dor enquanto caminha, os olhos cerrados, como semimorta nos espaços do serviço”; suas falas, indecifráveis, indicam “um desespero que nenhuma palavra faz abarcar”. Passava as noites insone, acordando os outros pacientes, num enorme pavor de ficar sozinha. Pedia para abrir a sala de apoio do serviço, vestindo e desvestindo inúmeras vezes as roupas ali guardadas. Demandava medicação, principalmente “HF”. E, sobretudo, passava o dia todo na porta da sala de plantão, pedindo para ligar para a mãe. Quando conseguia falar com ela, pedia perdão, dizia que a amava; tranquilizava-se ao ouvir a voz materna, mas

poucos minutos depois estava de novo solicitando nova ligação, necessitando confirmar que a mãe não iria desistir dela.

Esta demanda incessante da presença de Geise as diferentes respostas que Gisele recebe dela - ora o acolhimento, ora a recusa - apontam para a peculiar mistura entre o que é da mãe e o que é da filha. Ambas se confundem com frequência. Próximas também pela idade - Geise teve Gisele quando tinha apenas 15 anos! - vestem-se de forma parecida, gostam das mesmas coisas, brigam juntas, adoecem juntas. Certa vez, intoxicadas, ambas foram levadas à UPA: agitadas, quebram computadores, agridem funcionários; e depois, mais calmas, dormem juntas na mesma cama, nas dependências daquele serviço. Noutra ocasião, a técnica de referência recusou a Gisele um cigarro que ela insistia em pedir, embora houvesse fumado há pouco. Minutos depois, ouvia-se uma barulheira, que a técnica supôs partir de uma agitação de Gisele; no entanto, era a mãe, para a qual a recusa do cigarro à filha soou como uma manifestação de desdém, quem estava chutando a porta da sala de plantão. Frequentemente, Gisele ligava para Geise, dizendo que um determinado funcionário do CERSAMi a machucou, ou que um outro a humilhou; a mãe sempre acatava essas queixas, abordando hostilmente os funcionários acusados pela filha.

Se a mãe estava bem, Gisele ficava bem; se a mãe entrava em uma de suas “crises”, ou desaparecia abruptamente por alguns dias, Gisele também se desorganizava. A piora da filha, portanto, se iniciava a partir de algo que a mãe lhe falava ou fazia a mãe; mas, por outro, Geise muitas vezes resgatava Gisele de situações perigosas nas quais a menina se envolvia durante suas fugas.

Estas fugas de Gisele, de casa ou dos serviços onde se tratava, eram comuns, e sempre a colocavam em situação de risco. Certa ocasião, a mãe soube pelas redes sociais que a filha estava na casa de um traficante. Geise acionou a PM, e foi ela própria até lá, onde encontrou Gisele intoxicada, nua, com feridas dolorosas na garganta devido ao uso de loló, e levou-a para o CERSAMi. No território, naquele momento, havia uma guerra entre facções do tráfico, e Geise sabia que corria um grande risco ao levar a polícia à casa daquele traficante. Gisele, contudo, não tinha noção deste risco; em hospitalidade noturna no CERSAMi, passou vários dias afirmando insistentemente que voltaria à casa daquele homem, para explicar que não teve culpa, dizer que o ama e aceita casar-se com ele. Estes episódios se repetiam: em outras fugas, nas quais se envolvia-se com homens ligados ao tráfico, atribuindo-lhes o papel de seus defensores: conhecendo num baile funk um rapaz com o qual passou dois dias; disse que ele matou

todo mundo que fez aquilo com ela, referindo-se ao estupro coletivo que sofreu. Algumas vezes acreditava-se grávida: trouxe a o relato de um aborto, provocado pela ingestão de um comprimido que uma colega teria lhe dado, atribuindo a paternidade da criança a um ex-paciente do CERSAMi.

A princípio, mesmo quando estabilizada, Gisele gritava, brigava, xingava, ofendia, em casa como no serviço; no início do tratamento, recusou muitas vezes ser atendida por sua referência. À medida em que o cuidado prosseguia e se teciam laços, procurava dizer o que se passava consigo, seja com sua técnica de referência, seja com outros profissionais dos quais era mais próxima. Mencionava “pensamentos estranhos” - por exemplo, a sensação de que um homem vinha voando vê-la trocar de roupa. Mais recentemente, falava muito sobre o pai. Em certa época de sua infância, a mãe lhe disse que ela estava “muito difícil”, e a levou para morar com ele. Durante esta convivência, relata Gisele, o pai acordava-a de madrugada para bater nela e filmava as agressões; certa vez, colocou uma arma na sua cabeça, dizendo que poderia matá-la quando quisesse; a seguir, pôs a arma na mão dela e a provocou a atirar nele. “Ele ficava me olhando, me filmava enquanto tomava banho e dizia: “O que foi, você acha que eu vou abusar de você?”

Parcerias na rede:

Uma parceria fundamental no cuidado de Gisele foi feita quando, após discussão do caso, o CERSAMi a encaminha para a UATi. O objetivo era o de estabelecer entre ela e a mãe uma certa distância, sem proibir, todavia, o contato entre elas: Gisele ficaria na UATi de segunda a sexta, frequentando o CERSAMi em dias determinados, e passando os finais de semana com a mãe. Esta proposta foi combinada com mãe e filha, e aceita por ambas. Pretendia-se também organizar minimamente as atividades de Gisele - escola, cursos, mais adiante algum trabalho - e assegurar o uso regular da medicação.

Nesta época, a adolescente dizia sobre a mãe: “Tia não sei explicar, mas só de estar deitada ao lado dela eu me sinto bem, é como se ela fosse um anjo”. Durante a semana, queria ficar deitada dormindo para a semana passar rápido até o dia de ir para a casa de Geise “Estou fazendo tudo isso para a minha mãe, por que amo ela, por mim eu usava droga até morrer”. Noutro momento: “Eu preciso mudar de vida porque já vou fazer 18 anos e a minha mãe não vai mais ser obrigada a cuidar de mim”

A princípio, Gisele tinha grande dificuldade em participar de qualquer atividade, sobretudo fora do CERSAMi ou da UATi; até mesmo os passeios a deixavam inquieta e assustada. Inscreveu-se num curso de manicure,

mas conseguiu ir apenas a duas aulas - dizia ter medo de pular de uma grande janela que havia no local. Os técnicos da UATi a acompanhavam em pequenas caminhadas pelo bairro: nessas ocasiões, Gisele mostrava-se mais loquaz, descobrindo os prazeres da conversa. Enquanto isso, compreendendo as dificuldades de Geise no exercício da maternidade, técnicos do CERSAMi e da UATi procuraram, com delicadeza, orientar a mãe sobre os cuidados necessários à adolescente, e a forma de exercê-los - e obtêm, desta forma, a confiança e o consentimento de Geise para o tratamento de Gisele. Geise passa a participar de forma mais ativa e tranquila do cuidado oferecido à adolescente; e leva também a sua filha mais nova para tratar-se ambulatorialmente no CERSAMi.

Levando em conta o tempo de Gisele, seus cuidadores esperam um pouco para matriculá-la na escola. Quando matriculada, conseguiu, a seu modo, estar presente neste novo espaço. Também recomeçou um curso - agora de unhas em gel, conforme uma escolha sua - e levou-o adiante. Aos poucos, o cotidiano de Gisele passava a seguir uma rotina compatível com uma menina de sua idade; e ela conseguia participar melhor dos espaços variados que agora frequentava. Crises e fugas ainda aconteciam, mas tornavam-se mais fáceis de abordar, dado o paciente aprendizado de convivência cumprido pela adolescente e equipes, e o vínculo de afeto e confiança assim estabelecido.

Outras parcerias eram necessárias, buscando inserção e laços para Gisele, sua mãe e sua irmã no território. As tentativas de vincular a adolescente à unidade básica mostraram-se difíceis, pois a família mudava de bairro a cada vez que surgia uma ameaça naquele em que estava vivendo. Muitas vezes tentou-se encaminhar a mãe de Gisele para tratamento em saúde mental nas unidades básicas dos vários bairros onde morou, mas tais tentativas não tiveram resultado - na verdade Geise era tratada, de alguma forma, pelo acolhimento que encontrava na UATi e no CERSAMi. Entretanto, a família já era acompanhada pelo Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI, que apoia pessoas em situação de risco ou com direitos violados, ao qual Geise recorria quando necessário. Conseguiu-se também uma parceria com o Projeto Fica Vivo.

Depois dos 18:

Havia uma grande preocupação com relação ao destino de Gisele após os 18 anos. Ainda que se prolongasse um pouco sua permanência no CERSAMi e na UATi, isso não poderia durar indefinidamente. Era preciso construir a saída - uma boa saída, que lhe abrisse possibilidades e caminhos.

No entanto, este prolongamento da permanência nos dois serviços não foi necessário. Gisele encontrava-

se muito bem, e, por sorte, uma vaga de trabalho protegido que a UATi há muito tempo tentava conseguir junto à Associação Profissionalizante do Menor - ASPROM, finalmente surgiu. Ao completar os 18 anos, ela estava frequentando regularmente a escola e o trabalho, em boas condições psíquicas, e já podia voltar, como desejava, para a companhia da mãe. A passagem para um CERSAM de adultos foi cuidadosamente construída: além da discussão prévia do caso, Gisele foi levada até lá algumas vezes antes da transferência, para conhecer a nova equipe. O Projeto Fica Vivo foi acionado, oferecendo cursos e atividades que a jovem não pôde assumir na ocasião por já estar com sua agenda bastante cheia; em todo o caso, o vínculo com este Projeto assegura a ela e à família um certo grau de proteção no território. Os riscos continuam a existir, mas Gisele e sua família encontram-se em melhores condições para enfrentá-los. Igualmente, lidam melhor com as fugas, disputas e brigas que eventualmente acontecem. O uso de loló parece ter passado inteiramente ao segundo plano.

No momento em que escrevo este relato, Gisele está sendo atendida no novo CERSAM, onde foi bem recebida, tendo boas relações com sua nova técnica de referência e a equipe do serviço. Sua mãe procura aquele serviço quando necessário, a propósito das questões de Gisele. A irmã mais nova da adolescente prossegue em tratamento ambulatorial no CERSAMi.

Breve comentário:

Num momento em que a rede de saúde mental e o SUS-BH ao qual pertence encontram-se tão prejudicados pelos retrocessos das políticas públicas a que temos assistido nos últimos anos; em que os serviços sofrem pela insuficiência de suas áreas físicas, e são tão precárias as condições de trabalho, o caráter artesanal, singularizado, solidário, da construção de cada caso nem sempre se preserva. Em contexto tão difícil, ouvir o relato do caso de Gisele foi uma grande alegria para mim: ali encontrei, intatos, a força e o viço do cuidado em liberdade criado pela rede de saúde mental de Belo Horizonte, enfrentando a dura violência presente na vida desta menina brasileira. Parabenizo as equipes que souberam sustentar tão bem este cuidado; e, carinhosamente, desejo a Gisele e aos seus a melhor sorte!

Belo Horizonte, 4 de junho de 2023





O que é um bom CAPS

Rodrigo Carvalho Lima

Como posso começar a descrever essa instituição pública feita pelas melhores e mais compreensivos seres humanos concursados, contratados e tapa buracos, que salvam nossas vidas todo santo dia nos tratando em liberdade, que tal como disse Cecília:

“Liberdade, essa palavra
Que ninguém explica
Mas todos entendem”

O Romanceiro da Inconfidência,
Cecília Meireles

Desde já agradeço de todo meu amor fraterno pelo serviço prestado com o melhor que há em cada um de vocês. A organização do CERSAM em Perdões é eficiente e a consequência disso são os longos anos, talvez mais de uma década sem internação forçada.

Certo dia, noite ou madrugada, nós usuários, nos vemos na rotina de um CAPS, aqui em Perdões nomeado CERSAM. De repente se abre uma, não porta, mas sim casa inteira na nossa vida. Nesse primeiro momento, muitas vezes, nos damos conta

que estamos à beira da morte, mas é através do cuidado em liberdade que conseguimos construir vida. Mesmo sendo um serviço de extrema importância, em muitos casos, a sociedade vê o CERSAM e os usuários como escória, desprezam as pessoas e os traumas que carregam consigo. O sofrimento mental é relegado ao abandono desde que Hipócrates fez seu juramento.

Mas enfim, esses profissionais que dedicam suas carreiras ao tratamento humano e à liberdade dos usuários do SUS que possuem transtornos mentais, muitas vezes agem não como somente profissionais juramentados ou sim agem como pais, mães, tias, primos e, finalmente, irmãos.

Após esse dia de epifania e autodescobrimento proporcionado por essas pessoas voltamos a viver uma vida digna, isto eu sou testemunha. O principal motivo que leva as crises graves é a desinformação de como lidar com nosso sofrimento ou quando não entendemos os sinais de quando estamos ficando ruins, quando estamos prestes a entrar em crise. Autonomia, cuidado e autoconhecimento são uma epifania que nos possibilita formas cidadãs de experienciar nossa loucura e manejar nosso sofrimento.

Todo santo dia me lembro das noites entre paredes estranhas e gritos entre as entranhas enquanto estou amarrado. Dia ou semanas que se transformam

em meses quem sabe anos. Surtamos e vemos o mundo todo conspirando contra nós. É só quando as famílias se veem escassas de recursos financeiros e emocionais que procuram o SUS. Enfim, a vida e tratamento com dignidade. Somente quando nós temos a possibilidade e aceitamos assumir nosso protagonismo em nosso tratamento que a vida se torna possível, caso contrário, como foi meu caso, vem as internações forçadas em manicômios e anos, quiçá décadas, para recuperação dos traumas vividos nessas instituições.

Quando cheguei da minha segunda internação e, finalmente, me predispus a aceitar ajuda, me levaram até o CERSAM de Perdões e fui recebido pela minha querida, hoje amiga, psicóloga Vera Bartels e a médica Laura Alvarenga. No atendimento com elas, pude enfim notar que havia saídas para meu sofrimento. O corpo multidisciplinar que compõem a equipe de um CAPS é essencial nesse processo, é composto por profissionais como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Todos com o foco de tratar o usuário com dignidade e com consentimento, como posso eu mesmo confirmar. Tudo pode ser discutido e levado à claros planos para que todos possam ver o que pode ser melhor para que a vida possa ser tocada com serenidade.

O dia a dia dentro do CAPS é repleto de atividades. Durante todo o ano seu calendário abrange temas que vão desde festas até congressos, oficinas terapêuticas cotidianas, conferências e viagens. A convivência entre os usuários é livre contando com o bom senso oportuno, há festas juninas, passeatas, atos de 18 de Maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), entre outras intervenções nos espaços públicos. As modalidades de atendimento abrangem, na medida do possível, todas as necessidades diretas do usuário, como visitas à domicílio, atendimentos de urgência, atendimentos agendados, costura com outros serviços do município, etc. No CERSAM de Perdões há permanência dia quando se vê necessário, e conforme melhora se vai alocando o usuário ao modo de vida atuante ou o direciona a benefício próprio do governo. Nosso CAPS não é 24 horas, mesmo assim dá conta de cuidar e cuidar bem, pois entende que o único cuidado possível é em liberdade.





Um bom Centro de Convivência

Adriana Mojica V M Ponzo¹⁰

Ao receber o convite para escrever sobre um bom Centro de Convivência, fiquei pensando sobre muitas ações realizadas e sobre como gostaria que realmente fosse o dia a dia de um serviço pautado no cuidado em liberdade. Diante disso fiz, a seguinte pergunta para as pessoas que frequentam o serviço: “O que é para você um bom Centro de Convivência”? Perante as respostas dadas, muitas vezes semelhantes, comecei a construir o texto. Vale a pena lembrar que o Centro de Convivência é um espaço construído a muitas mãos e vozes, e se escutarmos sempre as vozes dos usuários do serviço, isso possibilitará que ele seja mais qualificado e inclusivo em seu funcionamento.

O Centro de Convivência faz parte da rede de serviços substitutivos e é o serviço mais envolvido com as artes: ao frequentá-lo, o usuário da saúde mental descobre ou reforça suas habilidades artísticas e seu espaço na cidade enquanto cidadão. Um bom Centro de Convivência está sempre de portas abertas, independente de receber ou não encaminhamentos, acolhendo a comunidade,

10 Trabalhadora do Centro de Convivência de Saúde Mental “Dr. Peri Tupinanbás” da Raps de Itaúna

embora priorizando o público da saúde mental. É um lugar acolhedor, onde o usuário, quando se sente vulnerável, busca como porto seguro. Seria, assim, a embaixada do sujeito em terras estrangeiras - ou algo ainda melhor, porque além de ser acolhido e cuidado, é também lugar onde ele pode evidenciar suas qualidades através da convivência e das artes. Um bom Centro de Convivência recebe a todos com um “cafezin”; seria maravilhoso que esse café fosse acompanhado de um pão de queijo ou uma broa, afinal, somos mineiros e, como todo bom mineiro, o Centro de Convivência é sempre muito acolhedor, oferecendo também uma água e uma boa prosa. Prosa essa que apresente todo o serviço e suas oficinas, além dos frequentadores do espaço. Todo esse cuidado e afeto, desde a primeira acolhida no serviço, muitas vezes remete aos usuários a pensar no Centro de Convivência como sua família. Muitas vezes, é a única família que alguns possuem, como W. mostrou em sua resposta, quando perguntado: *“Aqui vocês acolhe a gente, sou tratado com educação, carinho, e que aqui é uma família.”*

Um bom Centro de Convivência é responsável por mapear ou conhecer todos os espaços da cidade possíveis para uma boa circulação de seus usuários, levando alguns pela primeira vez a lugares nunca antes visitados, mesmo que eles tenham nascido na cidade. Espaços de cultura, saúde, educação, política, e entre outros - que possibilitem conhecimento e aprendizado. Que viabilize

projetos para estimular a circulação dos frequentadores do Centro de Convivência, espaços que podem ser cinema, praças de esporte, praças da cidade, espaços culturais, circo, escolas, teatros, museus, Postos de Saúde próximo de sua casa, PAI-PJ, Câmara de Vereadores, Conselho de Saúde e o que mais o município ofertar para a população. D. fala: *“Todos aqui tem prazer de ensinar as pessoas, gosto de conhecer novas pessoas, viajar, jogar futebol.”*

Esse bom Centro de Convivência também viabiliza sonhos e conquistas significativas na vida do sujeito, como viajar, se deslocar da cidade de avião, de trem ou mesmo ônibus. Voltar a estudar, recuperar a guarda dos filhos, aprender a ler e escrever - mesmo que seja o próprio nome, tirar a primeira ou uma nova Carteira de Identidade; o dispositivo auxilia nas buscas das informações ou acompanha o usuário quando necessário, possibilitando, assim, que ele circule pela cidade ocupando e utilizando tudo que é ofertado para os moradores do município. O Centro de Convivência possibilita o resgate de cidadania de alguns usuários: seja acompanhando em momentos de conquistas - como estar na formatura de cursos realizados, do EJA (Educação de Jovens e Adultos) ou mesmo em cursos profissionalizantes e/ou de qualificação, como cursos de garçom, artesanato, computação, entre outros. Todos esses cursos, em parceria com o território e outros dispositivos públicos fora da rede de atenção psicossocial (RAPS). E. diz *“Depois que aprendi a letra V de Veredas,*

consigo vir sozinha e voltar para casa”, M.T. completa *“Quem diria que eu iria conhecer o mar, Porto Seguro e viajar de avião.... agora eu sei que posso.”*

O Centro de Convivência é um espaço importante e imprescindível para se ter em toda Rede de Atenção Psicossocial. Não é um mero dispositivo que faz a reinserção social do usuário após uma crise; ele possibilita muito mais: dá sentido à existência, e voz para aqueles que muitas vezes passam despercebidos na sociedade, e faz isso através das oficinas, evidenciando talentos nunca percebidos. Descobre-se outra pessoa - um artista, o que é um processo totalmente contrário ao da patologização da vida. O cuidado horizontal nas relações valoriza os saberes e vivências de cada um, sempre de forma inventiva e inclusiva, criando um vínculo com o dispositivo e proporcionando uma significativa melhora na saúde mental e convivência do usuário com a sociedade. I. responde, quando questionada: *“(O Centro de Convivência) me permite viver na Comunidade, fazendo amizades.”* e W.M. completa *“Aonde a gente planta a semente, rega, rega, rega e dá frutos.”*

Um espaço norteador do Centro de Convivência são as assembleias, além de estimular o protagonismo político. Esse momento precisa ser um convite para todos: usuários, familiares e trabalhadores. As pautas do dia são sempre construídas coletivamente, para que o usuário

construa o seu protagonismo, tornando-se ator político da luta antimanicomial. A palavra deve circular, de forma que possibilite a todos os presentes falarem, permitindo um amplo debate das pautas que foram propostas, independente se há concordância entre as falas. As assembleias contribuem para o desenvolvimento de ações de cuidado no serviço, e para a formação e informação sobre o fortalecimento da nossa Rede (RAPS), parte da Política de Saúde Mental Antimanicomial, possibilitando o empoderamento dos usuários na sociedade. No momento da assembleia, podemos discutir sobre as oficinas realizadas e propormos novas, sugerir e conhecer sobre novos grupos de cuidados, como: Ouvidores de Vozes, GAM (Gestão Autônoma de Medicação), Suporte de Pares, *Recovery* e criação de uma Associação de Usuários e Familiares do município. Depois de tantas pautas, finalizar de forma mais doce com as comemorações, sejam elas de aniversários ou datas festivas, tornando a assembleia um espaço formativo, informativo, produtivo, festivo, e também de convivência, de solidariedade e de fortalecimento dos laços sociais. Essa construção permite que o usuário se enxergue como ser de direitos e pertencente à sociedade. Reivindicando melhorias, M.D. diz: “Precisamos principalmente de uma sede própria.”

Assim, reinventamos todo dia o Cuidado em Liberdade e fortalecemos a Política de Saúde Mental Antimanicomial; provamos com louvor que é possível viver

livre em sociedade, independente do nosso sofrimento mental. Precisamos de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fortalecida - na qual os seus dispositivos conversem entre si trocando vivências e saberes para um melhor acolhimento de todos os usuários que frequentam os dispositivos. Juntos precisamos construir políticas públicas que favoreçam os serviços substitutivos viabilizando incentivo financeiro justo e políticas que favoreçam nossos usuários, sejam de trabalho, moradia, educação para que todos possam viver dignamente.

Gostaria de terminar com a fala de F., quando perguntado sobre o que seria um bom Centro de Convivência:

Um bom Centro de Convivência começa com um sorriso, o mais forte que o sorriso que é o amor, que é o que as pessoas convivem. Quando você compreende o que é gostar, o Centro de Convivência dá esse poder. É como ver a sua amada, de quem você gosta muito e começar a cantar. E um convívio de arte social onde todo mundo mistura suas artes e convívio social aonde você aprende abrir mão e dá chance ao outro a ser quem é. Aí vem a palavra forte: aqui é Fenomenal.

Viva o Cuidado em Liberdade!! Viva o Serviço Substitutivo!!

Viva os Centros de Convivência!!! Viva o SUS ~



O que é uma boa Atenção Primária

TORNAR POSSÍVEL O IMPOSSÍVEL: UMA
EXPERIÊNCIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Michelle de Almeida Cézar¹¹

Orlando¹² tem 56 anos e mora em uma pequena cidade com cerca de 5 mil habitantes, no interior de Minas Gerais. Consta nos registros da Unidade Básica de Saúde que o processo de desinstitucionalização de Orlando se iniciou em 2011 quando uma equipe de profissionais do município se reuniu com a equipe do Hospital Jorge Vaz e a equipe do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), essa equipe, na época, acompanhava os processos criminais e trabalhava no sentido da reinserção social dos internos. Em 2004, foi atestada a cessação de periculosidade de Orlando e ele já estaria de alta, não fossem as questões sociais que o impediam de retornar ao município de

11 Psicóloga e mestre em Psicologia. Especialista em Atenção ao Usuário de Drogas no SUS. Psicoterapeuta Transpessoal em formação. Atua na Atenção Primária à Saúde desde 2013.

12 Nome fictício.

origem. Na época a proposta da equipe era de que Orlando morasse com uma de suas irmãs em um imóvel alugado pela prefeitura para qual ele prestaria serviço sem vínculo empregatício. A equipe preocupava-se com as possíveis crises e envolvimento em conflitos, já que a família relatava que Orlando era perigoso e muito agressivo. O último registro em prontuário sobre o caso era de uma reunião entre as referidas equipes no ano de 2012, não sendo encontrado nos registros o motivo pelo qual a equipe interrompeu o acompanhamento do caso.

Em 2013 houve novo contato da equipe do PAI-PJ para dar prosseguimento ao processo de desinstitucionalização de Orlando. No município de origem, uma nova equipe se formou: uma psicóloga da Atenção Primária a Saúde e uma assistente social da Secretaria de Proteção Social¹³, tornaram-se as profissionais de referência do caso. A possibilidade da chegada de Orlando, gerou certa tensão no município. Os relatos de moradores e familiares contrariavam os relatos da equipe que o acompanhou ao longo de quase 17 anos de internação: “tranquilo, trabalhador, Orlando tinha bom comportamento e era capaz de morar sozinho e cozinhar”. Durante a internação trabalhava com empenho na faxina e na horta, chegando inclusive a fazer

13 Importante marcar o caráter intersetorial da equipe de referência.

curso relacionados ao plantio de hortaliças, dos quais mostra o certificado com orgulho. As irmãs recusavam-se a ter qualquer contato e negavam que o irmão tivesse condições de voltar ao convívio social. Mesmo após 17 anos a família mantinha viva a imagem de uma pessoa agressiva por conta da bebida e do transtorno mental.

A esta altura, Orlando já havia sido encaminhado ao Centro de Apoio Médico e Pericial (CAMP) em Ribeirão das Neves para realização da última avaliação médica antes da desinstitucionalização. Nessa ocasião, a equipe de referência decidiu visitá-lo para, além de conhecê-lo pessoalmente, pensar possibilidades para seu retorno a partir de suas expectativas. Orlando desejava morar no município de origem ou ir para um município vizinho onde conhecia algumas pessoas. Aqui, é interessante observar as marcas da longa institucionalização sobre a vivência do tempo: Orlando falava dessas pessoas como se as tivesse encontrado há poucas semanas. Não se incomodava em morar sozinho, pois morou sozinho quando trabalhava na mineração antes da aposentadoria. Foi aposentado por invalidez, segundo ele, após se envolver em uma briga de “buteco”, levou três pauladas na cabeça e ficou internado cerca de uma semana. Foi aí que começou a tomar remédio e também diminuiu o uso de álcool. Depois, chegou a passar alguns meses na FHEMIG, em Barbacena. Diz que, na época, ficou meio “abobado”, pensou que o mundo ia acabar

e teve medo de morrer. Nesta ocasião, sempre recebia ligações da mãe. Com as seis irmãs, teve pouco contato. A infância foi marcada pelo trabalho na roça e pelas brigas dos pais, que bebiam muito e “se atracavam”. Normalmente as irmãs corriam com medo e ele entrava no meio para separar. Bebia desde criança, a mãe sempre lhe dava cachaça.

No município de origem multiplicavam-se os empecilhos para o seu retorno. Mesmo havendo vários imóveis vazios, os moradores recusavam-se a alugá-los. A equipe de referência, uma psicóloga e uma assistente social, foram incansáveis na busca por um imóvel. Foram reuniões com proprietários, com a vizinhança e, após várias tentativas, o proprietário de uma pousada aceitou recebê-lo mediante o pagamento do que, na época, girava em torno de 80% de seu benefício previdenciário. Sobraria muito pouco para o gasto com as despesas pessoais, porém, foi nossa única possibilidade. Era um passo importante para viabilizar o retorno de Orlando ao convívio social.

Chegou ao município em 13 de março de 2014, em um automóvel do governo, escoltado por dois agentes penitenciários armados. Retornava ao lugar onde nasceu após quase 17 anos de internação no Hospital Psiquiátrico e Judiciário “Jorge Vaz” em Barbacena. Trazia algumas peças de roupa, um cobertor e uma prescrição médica.

Ele chegou um tanto assustado, sem dúvida aquela praça recém-construída não fazia parte de suas memórias da cidade natal, nem os carros, nem o comércio, talvez nem o asfalto. Sentiu-se perdido, não conhecia mais aquele lugar e nem aquelas pessoas. Conta que quando recebeu a notícia que iria sair do hospital levou um susto e nem perguntou pra onde iria, de tanta emoção. Segundo ele, no hospital tinha uma coisa estranha: a pessoa chegava bem e ficava mal. Esquecia até a data que nasceu. Tentaram fazer isso com ele também, mas os guardas deram a dica e ele sempre lembrava a data de seu nascimento. Achava que eram os remédios que faziam isso.

Por aproximadamente dois anos, Orlando foi o único hóspede da pousada. Vez ou outra aparecia um viajante que ficava uma ou duas noites. O proprietário aparecia apenas no início do mês para receber o aluguel. Após um mês de sua chegada começou a receber visitas das irmãs e apoio de um dos sobrinhos que provia algumas necessidades: frutas, legumes, carne.

A psicóloga e a assistente social faziam visitas domiciliares quase que diariamente e as consultas psiquiátricas ocorriam mensalmente no próprio município. As medicações eram organizadas pela Equipe de Saúde da Família e entregues em domicílio pelo técnico de enfermagem ou agente de saúde. Inicialmente a psicóloga

acompanhava Orlando nos atendimentos, inclusive aqueles fora do município. Havia um receio dos profissionais em atendê-lo devido a sua história no município.

Após reuniões da equipe de referência com a equipe do CRAS, Orlando foi convidado para participar de uma oficina de artesanato e fez um curso de culinária oferecido pelo serviço. Aos poucos, passou a circular com mais naturalidade pela cidade, foram idas aos bancos, praças, supermercados, sempre acompanhando ou pela psicóloga ou pela assistente social. Em alguns momentos, sentia-se desorientado e estranhava-se por não reconhecer mais as pessoas. Algumas se aproximavam, se apresentavam, conversavam um pouco sob o olhar receoso e curioso da comunidade. Com o tempo, passou a fazer pequenas compras sozinho, assustou-se com preço das verduras e de um relógio de pulso que comprou por sete reais. Achou muito caro.

Observando certa dificuldade de Orlando em realizar as atividades básicas do cotidiano e tendo em vista o prognóstico ruim devido ao prejuízo cognitivo gerado pelo quadro psicótico apontado na avaliação psiquiátrica, deu-se início a um processo de curatela. Porém, em meados de 2015, mesmo com a mobilização realizada pela equipe de referência, a irmã mais velha e o sobrinho rejeitaram. Sem um responsável para ajudar, Orlando continuava tendo dificuldades para

organizar a alimentação. Assim, a equipe de referência, psicóloga e assistente social, se reuniu com o executivo municipal que se dispôs a oferecer alimentação em dois turnos em um restaurante do município. Como Orlando frequentava o restaurante sempre nos mesmos horários, um dia a proprietária sentiu sua falta, foi até sua casa e o encontrou na cama, debilitado. Ela mesma o levou ao hospital e fez contato com uma das irmãs. Nesta ocasião, Orlando foi diagnosticado com diabetes e passou a fazer acompanhamento com endocrinologista. É interessante observar que todo esse processo se encaminhou sem a interferência da equipe de referência de Orlando, a própria comunidade mobilizou a equipe de saúde para o atendimento necessário e o acompanhamento foi todo orientado pela Equipe de Saúde da Família.

Aos poucos, foi-se observando maior aceitação da comunidade em relação a Orlando e, por intermédio da irmã, um casal de idosos o aceitou como inquilino em uma de suas casas. Desde que chegou ao município, Orlando trazia grande preocupação com a questão da moradia e com uma quantia em dinheiro, referente ao benefício previdenciário retido ao longo de sua internação. Conseguir este imóvel permitiu a construção de novos vínculos. Junto ao proprietário Orlando fez uma horta e chegou a elaborar algo próximo do que a psicóloga interpretou como alta. Um dia me disse: “Eu estou bem! Acho que você não precisa vir aqui muito mais não!”.

As visitas domiciliares foram ficando menos frequentes, quando necessário, Orlando procurava a unidade de saúde por conta própria ou solicitava à agente de saúde o agendamento ou encaminhamento. Foi ao dermatologista, oftalmologista, dentista, urologista: um interessante movimento para o autocuidado. Como mantém-se estável, passa por consulta com psiquiatra conforme sua demanda. As receitas de suas medicações são renovadas pela Equipe de Saúde da Família e essa equipe comunica a psicóloga de referência quando observa alguma mudança ou alteração de comportamento do usuário. As medicações continuam sendo entregues pela ESF, a cada dois ou três dias, fracionadas com horário de uso indicado por figuras: manhã - tarde - noite.

No final de 2015, Orlando se tornou um dos beneficiários do Programa de Volta pra Casa. Aumentou sua renda e diminuiu as despesas pagando um aluguel mais barato, portanto, não havia mais justificativa para que a prefeitura custeasse sua alimentação. Dessa forma, diante da dificuldade de Orlando em cozinhar, a equipe de referência negociou com uma das irmãs a possibilidade de oferecer duas refeições, já que, a essa altura, a família já estava um pouco mais aberta ao contato.

Em 2019, a irmã mais velha aceitou a curatela provisória e em janeiro de 2023 foi estabelecida a curatela definitiva. Eles mantêm uma relação cordial, a

irmã oferece um suporte na cozinha com as refeições e na faxina da casa.

Orlando mantém seus acompanhamentos médicos por conta própria, raramente solicita interferência da saúde mental. Inclusive afirma que “venceu a diabetes por ser muito rigoroso com sua dieta, seguiu as orientações médicas à risca”. Após a curatela, conseguiu acessar a quantia retida judicialmente e comprou um lote onde planeja construir sua “morada”, como ele mesmo diz. Para a compra deste imóvel houve grande mobilização da equipe de referência junto a curadora e um advogado do município para a organização dos tramites necessários. Foram inúmeras visitas a imóveis até que Orlando pudesse se decidir pela compra.

Desde sua chegada, Orlando mantém-se estável e sequer foi encaminhado ao CAPS de referência. Todo suporte necessário foi disponibilizado nos dispositivos da Atenção Primária à Saúde e da Proteção Social. A princípio houve grande interferência das profissionais de referência, pois, de fato, devido a longa internação, Orlando demandava um suporte terapêutico e social. Tal suporte extrapolava os limites dos consultórios e salas de atendimento, pois se dava no território, pela cidade em seus diversos espaços, como deve ser na Atenção Primária. Talvez ao acompanharmos Orlando pela cidade na realização das suas demandas cotidianas

conseguimos de alguma maneira investi-lo de seu poder contratual e como apresenta Roberto Tykanori (2010), ampliar a sua autonomia.

Orlando sai pouco pela cidade, principalmente após a pandemia, evita o contato social. Muito desconfiado e mesmo queixando-se da solidão, tem grande receio em estar em ambientes com “muita gente” onde possa haver confusão. Seu maior companheiro é um pequeno radinho de pilhas, pelo qual acompanha as notícias desde a época do hospital. Assim vai seguindo seu caminho com seus projetos e expectativas. Nas visitas domiciliares, que hoje são esporádicas, quando questionado sobre como vai a vida traz suas queixas e frustrações e agradece por não estar mais no hospital.

Bibliografia

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 117 p.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, v.27, n.65, p. 316-323, 2003.
- PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.





O que é um bom Leito de Saúde Mental em Hospital Geral

Maria Elisa Oliveira Freitas

José, de 54 anos, em tratamento no CERSAM AD (CAPS AD III), foi encaminhado ao Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC) porque começou a apresentar sangue nas fezes, vômito em grande quantidade de sangue vivo e queixa de sensação de corpo ruim e fraqueza. Sua filha informou vários atendimentos anteriores na UPA por crises convulsivas com início há cerca de 4 meses, sem uma definição do que estava causando essas crises. Sua filha informou ainda que José possui doenças como “pressão alta” e “doença no coração”. Apesar do amparo da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, pacientes em sofrimento mental grave encontram grande dificuldade em acessar os serviços de saúde, e em receber atendimento adequado para suas demandas clínicas, sendo enxergados e tratados a partir do rótulo do diagnóstico.

Portanto, diante da dificuldade de esclarecimento dos sintomas apresentados por José, a equipe do CERSAM AD solicitou à Coordenação de Saúde Mental, uma vaga

nos leitos de saúde mental do HMDCC para investigação clínica.

É importante ressaltar que a necessidade da internação clínica deve ser bem estabelecida, e o usuário deverá apresentar critérios de doença e instabilidade que justifiquem o seu encaminhamento ao Hospital, conforme avaliação médica. Já no Hospital, a avaliação destes pacientes não deve se basear apenas nos critérios clínicos para indicação da internação, devendo-se considerar a dificuldade que estes pacientes encontram em continuar o tratamento ambulatorial devido à instabilidade do quadro psiquiátrico e fragilidade ou mesmo ausência de suporte social. Não são contemplados pacientes que necessitem de internação puramente psiquiátrica ou puramente social. No caso em questão, José frequenta a permanência-dia do CERSAM AD com o intuito de reduzir o uso abusivo de álcool, além de dizer que quer parar de fumar cigarro e maconha diariamente. Participa de atividades coletivas, atendimentos individuais e é acolhido sempre que preciso de acordo com seu projeto terapêutico. O CAPS sempre deve ser o local prioritário de acolhimento e manejo das crises psiquiátricas, pois, no Hospital, o paciente está sujeito a um ambiente restritivo e invasivo, devido à necessidade de realização de exames, administração de medicamentos intravenosos, restrição de circulação em uma enfermaria, restrição de alimentos, entre

outras questões que dificultam propiciar o acolhimento necessário ao sofrimento psíquico.

Ao chegar na enfermaria do sexto andar José foi atendido pela clínica médica e começou a dizer: “Os homens do bairro estão aqui para me pegar (...) vocês vão me matar (...) aquele homem ali está pronto para me matar”. Nessa última fala, aponta para o paciente ao lado. José ficou muito agitado e tentou quebrar o vidro da janela para pular, sendo logo atendido pelo psiquiatra que realizou uma medicação tranquilizadora.

Em nova avaliação do psicólogo da equipe de saúde mental, quatro dias após sua chegada, José mostrava-se envergonhado com o acontecido e dizia acreditar, naquele momento, estar sendo perseguido por pessoas que queriam retirar seus órgãos, e que sua filha vestida de preto era a Morte e um objeto no quarto (um carrinho da equipe de enfermagem) um fogão, onde seria colocado seus órgãos. Disse ao psicólogo que não queria ficar mais tempo no Hospital, pois, estava com muita vontade de fumar. Porém, o psicólogo informou que poderia o acompanhar para que fumasse um cigarro duas vezes ao dia, conforme protocolo estabelecido, além de solicitar ao médico o uso do adesivo de nicotina, medidas que o ajudaram a suportar a internação até a finalização do tratamento clínico proposto a ele.

Após alguns dias de internação e melhora dos sintomas iniciais, causados pela descompensação da doença cardíaca, José recebeu alta da clínica médica e a equipe de saúde mental do hospital o reencaminhou para continuidade de seu tratamento, através de um contato telefônico com a equipe do CERSAM AD.

Nota: a implantação de 10 leitos na clínica médica do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro reservados para pacientes encaminhados dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (CERSAM, CERSAM AD e CERSAMI ou SRT) do município de Belo Horizonte ocorreu em 18 de maio de 2018.





Unidades de Acolhimento Transitório

UMA RESIDENCIALIDADE POSSÍVEL

Camila Santos

As Unidades de Acolhimento (UA's), ponto de atenção que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foram instituídas pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Dispostas como equipamento de caráter residencial transitório, as UA's objetivam oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas), em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar (BRASIL, 2015).

Como previsto pela portaria, a UA adulto de Belo Horizonte recebe usuários com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos e que necessariamente estão em acompanhamento em um dos Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAM AD). Conta com 12 vagas e recebe usuários dos quatro CERSAM's AD da cidade - CERSAM AD Barreiro, CERSAM AD

Pampulha, CERSAM AD Nordeste e CERSAM AD Centro Sul (antigo Centro Mineiro de Toxicomania - CMT). O serviço funciona 24 horas, conta com um(a) coordenador(a) com formação universitária em saúde, equipe técnica de nível universitário em saúde (dois técnicos de referência), articulador de território (profissional de nível universitário) e agentes de ação social (nível médio/fundamental, 10 profissionais, sendo 2 folguistas). O serviço funciona no espaço de uma casa, com quartos coletivos com acomodações e guarda-roupas individuais, sala, banheiros, cozinha, sala multiuso, área de serviço, área externa, despensa/almoxxarifado, além de escritório e quarto de repouso profissional.

Como é organizado o cuidado entre CERSAM AD, UAT e usuário(as)?

A UAT não se configura como um serviço que recebe demanda espontânea, sendo a utilização desse serviço preconizada pela indicação do caso pelo CERSAM AD de referência para o usuário - sendo inicialmente uma construção entre o serviço de tratamento e o usuário, e depois com a entrada da equipe da UAT. Após o técnico de referência do CERSAM AD e o/a usuário/a traçarem a UAT como um possível recurso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a indicação é discutida entre o técnico de referência do CERSAM AD e a equipe da UAT. Esse momento é importante para que pontos

do caso sejam transmitidos e que, conjuntamente, seja pensado a função desse recurso dentro da proposta do PTS. Se após essa discussão a UAT se confirma como um recurso interessante para o caso, o usuário é convidado, juntamente com seu técnico de referência, a conhecer o espaço da Unidade de Acolhimento Transitório, com o objetivo de transmitir melhor a proposta do serviço, mostrar sua localização, que território é esse, quais os outros usuários que já estão inseridos no dispositivo, dentre outros aspectos. Essa visita é entendida como um momento de “contratualização” da parceria entre usuário, CERSAM AD e UAT, no qual os combinados que regulam a convivência na UAT são lidos, debatidos e assinados. Após visita, o usuário tem a possibilidade de reavaliar e rediscutir sobre a sua ida e caso queira experimentar por alguns dias a estadia nesse espaço, sem maiores formalidades, esse pode também ser um combinado.

Após a chegada à UAT, o usuário continua sendo acompanhado pelo CERSAM AD de referência, seguindo o combinado de tratamento construído junto ao serviço. Um dos “combinados de boa convivência” da UAT reforça que o vínculo e o comprometimento com o local de tratamento são fundamentais para estar na UAT, pois não se trata da transferência do cuidado, e sim da indicação do equipamento como mais um recurso do Projeto Terapêutico Singular.

Os chamados “Combinados de Boa Convivência” são orientadores para a estadia, convivência e trabalho na UAT, construídos coletivamente com contribuições de usuários e trabalhadores, e sendo revisados quando se avalia necessário.

Como é a equipe de um serviço que é casa?

Os Agentes de Ação Social (AAS), profissionais de nível fundamental ou médio, fazem a cobertura 24 horas do serviço, em escala de 12x36, com presença mínima de 2 por turno. A cada troca de turno é realizado a passagem de plantão e em alguns momentos a equipe de técnicos de nível superior realiza discussões junto aos AAS. Para além dos cuidados com o espaço, com os recursos (financeiros, vales sociais, etc), os AAS auxiliam os usuários no cotidiano da casa, em atividades externas, e também são figuras ativas na construção e condução dos projetos com os usuários. Os AAS, por passarem períodos mais extensos na casa, criam importantes vínculos com os usuários, construindo uma proximidade singular. Na perspectiva de um serviço em formato residencial, a presença em tempo integral de profissionais sem formação em saúde possibilita maior experiência de casa, desconstruindo-se a imagem de um suposto saber técnico e valorizando-se o lugar do vínculo, das relações horizontais, da experiência e saber de cada um. Contudo, não quer dizer que seja um trabalho sem orientação, pois cabe aos técnicos e

coordenação orientarem, auxiliarem e construir espaços de formação para todos trabalhadores. Os técnicos de nível universitário têm função central nas articulações com os CERSAM's AD, principalmente com os técnicos de referência de cada usuário que se encontra na UAT, conduzindo os projetos em parceria. É peça importante também na articulação de outros pontos da rede de saúde e rede intersetorial.

A equipe conta também com um Articulador de Território, que constrói cotidianamente saídas inventivas para o serviço no território em que se localiza, com a rede ampliada e com cada usuário. O coordenador para além da função de coordenar o serviço, a equipe e de organizar as questões administrativas/burocráticas internas e com a instituição conveniada, bem como com a Secretaria Municipal de Saúde - é uma presença organizadora para os usuários do serviço.

O cotidiano em uma casa que se inventa e reinventa

No cotidiano da UAT, um compromisso semanal que todos tem é a assembleia de usuários, que conta com participação dos usuários e trabalhadores. É um espaço de construção conjunta desse serviço-casa, onde são discutidas questões do cotidiano da casa, do coletivo, os impasses e avanços na convivência, o recurso financeiro, a política, a relação entre usuário e

os trabalhadores, o compromisso com o tratamento, a agenda cultural da cidade, as comemorações, as visitas e diversos outros pontos que se inscrevem no cotidiano de uma casa, de um serviço que funciona no formato de casa.

Os “Combinados de Boa Convivência”, por vezes, são também discutidos durante as assembleias de forma direta ou a partir de alguma situação ocorrida na semana - em alguns momentos são realizadas reuniões específicas para a discussão e revisão dos Combinados, sempre contando com participação dos usuários. Destaca-se que a assembleia é um espaço em que se preza a democracia, sendo importante escutar os diversos posicionamentos e respeitá-los, entendendo que esse é um espaço de construção conjunta.

Como dito anteriormente, os usuários que chegam a UAT seguem com o acompanhamento no CERSAMAD de referência, permanecendo com atendimentos regulares com seus técnicos e médicos. Os medicamentos são prescritos pelo CERSAM AD e na UAT os usuários são auxiliados por toda equipe, diante da necessidade que cada um apresenta. Possibilidades alternativas à medicação, como o uso de plantas medicinais, são sempre discutidas, na maioria das vezes puxadas pelos próprios usuários, que compartilham experiências e tradições de uso. Durante o tempo que trabalhei na UAT

adulto de BH, em alguns momentos os chás de plantas do quintal foram recursos interessantes para alguns moradores e a proposta de uma horta medicinal era constantemente pautada.

O que observava é que a dinâmica do serviço é mutável, não havia uma prática pautada em procedimentos, pelo contrário, como Merhy (2002) nos ensina se passava por uma prática de “trabalho vivo em ato”, onde toda equipe se orientava através da utilização de tecnologias leves - vínculo, escuta e palavra como valiosas ferramentas cotidianas. Desse modo, a UAT parece ser um serviço que é construído e modificado a partir da chegada e saída de cada usuário, sendo um espaço implicado pela imprevisibilidade que só permite produção a partir dos sentidos que cada um dá para aquele lugar.

João há anos não experimentava o que é dormir em uma casa e ao começar a construir a ideia de alugar uma casa, seu projeto foi ir para UAT para revisitar o que é viver em uma casa e se organizar financeiramente para alugar um cantinho seu. Pedro havia rompido os vínculos com a família, mas após chegar a UAT retomou o contato com a avó, pois precisou da receita deombo dela o qual prometeu cozinhar na UAT. E depois precisou da receita de Natal, e da sobremesa e tantas outras. Luana conseguia oportunidades de trabalhar, mas não possuía endereço

e nem contato telefônico disponível. Ao chegar a UAT acrescentou esses dados ao seu currículo. Leo foi detido e na oportunidade única de ligação que teve, ligou para a UAT e explicou o ocorrido. Depois mandou uma carta. E a equipe conseguiu articular um defensor público e foi ouvida pelo juiz no dia da sua audiência. Portanto, é um serviço com inúmeras funções e possibilidades, seja para se encontrar com um espaço de casa, um espaço de proteção, de privacidade, de retomada de vínculos, de organização da rotina, de lembranças e memórias, e outras tantas singularidades. Mas, imprescindivelmente, a UAT é um espaço que oferta a possibilidade de se experimentar o habitar, a convivência, a redução de danos na organização da vida como ela é, de construir formas de valor social a cada um. É uma possibilidade de construir a residencialidade possível para cada usuário, retomando e dando novos sentidos para o espaço de casa, para uma vizinhança e para as formas de cuidado.

No cotidiano da UAT, a alimentação e a cozinha, como bons mineiros que somos, sempre foi um ponto que me saltava a atenção. Para ter o alimento a mesa, antes é necessário a construção coletiva do cardápio, considerando a renda que se tem para a compra, pensar a lista de compras, ir ao supermercado, calcular o que vai ser possível trazer com os preços atuais, preparar a refeição.

A UAT, como um serviço que oferta possibilidades de se usar um espaço de casa, auxilia também aos demais pontos dos projetos de cada usuário. Seja nos cuidados clínicos no Centro de Saúde e outros pontos da rede de saúde, na organização da documentação, nas pendências judiciais, na matrícula escolar, na circulação pela cidade e acesso a equipamentos de arte, cultura, lazer, na ressignificação de locais e do território de referência, na reaproximação familiar - com todos os percalços de se atravessar a cidade ou as fronteiras até do município -, na possibilidade de uma relação menos danosa com a droga, na experimentação de outros tempos e intervalos, na construção de estratégias para as idas e vindas, dentre inúmeras outras. Em meio a essa gama de possibilidades a função do articulador de território ganha corpo e potencializa o caráter desse serviço de, por vezes, ser as pernas e braços para alcançar e traçar aquilo que na prática dos CERSAM's AD pode estar limitado. A prática extramuros também perpassa as atividades dos técnicos de nível superior e dos AAS, como aqueles que se colocam ao lado e em meio ao caminho possibilitam novas formas de produção de saúde, de laço, de ressignificações e de sociabilidades.

As atividades cotidianas de ir ao supermercado fazer as compras do almoço e do jantar, ir à padaria, abrir conta nas mercearias e bares, estudar, iniciar uma atividade no Centro Cultural ou na quadra, a relação

com os vizinhos, a parceria com o clube, permitem que sejam construídos sentidos para aquele território onde se reside. O direito de ir e vir é respeitado e em momentos de maior fragilização, onde há cálculo clínico para a permanência ou direcionamento para outro ponto de cuidado, o manejo é feito pela palavra, buscando sempre respeitar a escolha e autonomia do usuário, mas construindo com ele uma estratégia de cuidado possível. A partir do território é possível explorar e trabalhar com os usuários a relação com o dinheiro, as relações sociais, a relação com a droga, a responsabilidade de cada um com a vizinhança e os parceiros, e também com o serviço, com a casa. O cuidado com o território é também um ponto dos combinados da UAT.

Nas entrelinhas de todos estes pontos trabalhados no cotidiano da UAT, partimos das premissas da política de redução de danos e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Toda intervenção parte do princípio da escuta, do respeito e da liberdade. A equipe vai sendo guiada pelo saber que cada usuário carrega sobre si, entendendo que as construções são diárias e singulares. Nesse manejo, o que aprendi é que vamos descobrindo que, apesar dos desafios da construção coletiva, é possível construir liberdade com responsabilidade, cidadania, novos horizontes temporais, o respeito ao outro, ampliando recursos para a convivência.

O encerramento do período de moradia transitória na UAT é construído conjuntamente com cada usuário e seu técnico de referência. O tempo máximo de seis meses, conforme orientado pela Portaria, é um balizador importante na construção dos projetos, mas cada projeto é pensado de forma singular. Cabe destacar que o CERSAM AD permanece na conduzindo o Projeto Terapêutico Singular junto ao usuário, mesmo quando a UAT não é mais um recurso para o projeto do usuário.



O que é um bom Serviços Residencial Terapêutico?

Bento Márcio da Silva

Minha família me internava muito, para eu não ser internado, eu fugia de casa, o que só piorava a situação. Após um período de cerca de 30 internações, cheguei ao CAPS e a referência técnica minha, conseguiu uma vaga para mim num Serviço Residencial Terapêutico depois de eu bater o pé que eu não aceitava mais ficar em casa. Eu cheguei bem debilitado, não cheguei a ter acompanhante terapêutico, profissional dedicado para acompanhar um morador específico, mas as cuidadoras tinham que me ajudar a fazer minhas coisas.

Hoje eu tenho uma liberdade que eu não teria caso eu morasse com minha família. Sou da Renovação Carismática Católica e tem dia que eu volto 10 horas da noite ou até mais tarde, eu posso sair a hora que eu quero, posso ir e voltar, comprar o que eu gosto, posso ir para outras cidades, como já fui para Aparecida do Norte, coisas que minha família iria colocar barreiras por eu tomar medicações controladas. É um cuidado muito bom.

Aqui temos uma alimentação com fartura: frutas, legumes, almoço, janta. Se adoecemos já procuram nos levar na unidade básica de saúde, se veem que o caso é mais grave marcam o médico. As cuidadoras são boas. Posso dizer, graças a deus, que sou muito feliz com meus 13 anos de serviço residencial terapêutico. Do hospital para residência mudou da água para o vinho.

O Serviço Residencial Terapêutico são casas localizadas na cidade que respondem às necessidades de moradia de pessoas com sofrimento mental grave que podem ser egressos de internação psiquiátrica seja em Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais de Custódia sem alternativas de moradia, pessoas em acompanhamento no CAPS ou em situação de rua em que o problema da moradia é estratégico no seu projeto terapêutico e não dispõem de alternativas. Pode ser tipo I, que necessita apenas de ajuda de cuidador, ou do tipo II que possui monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente por se tratar de público com comprometimento físico que demandam de cuidados específicos. (BRASIL, 2004, pág. 6).

Eu recebo o Programa de Volta para Casa, dinheiro que pessoas que foram institucionalizadas recebem como reparação pelos danos causados pelas internações, e o LOAS e com esse dinheiro vivo muito bem.

Porém, tem alguns problemas. Já estou na minha terceira residência, eu tive muitos problemas

de convivência nas outras casas e na que estou hoje tenho um colega de quarto que não me deixa em paz à noite. Já tive confusão até com algumas cuidadoras. Eu gosto muito do serviço, mas é isso, não existe lugar sem problema.

Enfim, eu acho que tem que ter sim mais Serviço Residencial Terapêutico, mas não só eles, outras estratégias de moradia são também muito importantes de serem pensadas como pensionatos, hotelarias, repúblicas, entre outros. Afinal, moradia é direito de todos e dever do Estado.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** 2004.





Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental e Familiares? Como fazer?

Laura Fusaro Camey

Existem uma série de angústias quando o assunto trata-se da constituição de uma Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental. É necessário CNPJ? Como registrar? Como encontrar participantes? Como fazer depois de instituída?

Nós da ASUSSAM-MG somos uma associação registrada em cartório, porém sem CNPJ. O CNPJ é necessário para uma série de questões institucionais, desde a possibilidade de ter acento no Conselho Municipal de Saúde à angariar recursos para atividades estratégicas. Porém, existimos devido as inúmeras parcerias e alianças que temos que nos permitem tecer uma série de movimentos mesmo sem o CNPJ. Não estou com isso defendendo não o ter, mas ressaltando que por vezes damos mais valor as burocracias e formalidades, o que realmente importa é o fazer político.

Afinal, somos movimento social e isso tem significado. Não estamos aqui para prestar serviços, existimos pura e unicamente no sentido de tencionar as instituições brasileiras pela construção de uma sociedade sem manicômios. Isso inclui esse livro, mas também uma série de outras ações: participação e construção de eventos, articulação com deputados e vereadores, conversas com as gestões municipais, estadual e federal, participação nos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e a lista segue!

No ano de 2024, estamos em realização de caravanas pelo estado. Caminhando e conhecendo Minas Gerais, articulando para capilarizarmos e criarmos núcleos municipais. Dentro dessa construção, escrevemos um Regimento para ajudar a organização de frentes antimanicomiais locais. Por meio da inclusão digital, podemos agora manter vínculos antes difíceis de atar pelas distâncias geográficas. Esse processo tem sido extremamente rico e certamente nos impulsionará a mudanças estruturantes dentro da ASUSSAM-MG.

Por fim, compartilho o Regimento construído. Entendemos ser um norte importante no sentido organizacional, mas principalmente na clareza política dos objetivos.

Regimento das Associações de Usuários dos Serviços de Saúde Mental Municipais/Distritais

Sobre a ASUSSAM-MG

A Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM-MG) surge de um grupo de usuários da saúde mental, na época, pacientes dos hospitais-dia, uma vez que não havia serviços substitutivos. Esse grupo junto com trabalhadores que não mais se contentavam com simplesmente buscar reformar o hospital psiquiátrico, mas sim superá-lo, se unem para construir os primeiros Centros de Referência em Saúde Mental e Centros de Convivência.

A Associação se regulamenta em 1994, um ano depois, temos a aprovação da Lei nº11802 de 18 de janeiro de 1995, a Lei Carlão ou Lei da Reforma Psiquiátrica Mineira. A lei do Estado de Minas Gerais é extremamente avançada e, dentre outras coisas, prevê o fechamento de todos os hospitais e clínicas psiquiátricas, sejam elas públicas ou privadas, com efetiva substituição por uma rede de serviços abertos e comunitários.

A ASUSSAM-MG trabalha há décadas de forma ininterrupta e sem fins lucrativos em defesa dos direitos das pessoas com sofrimento mental e em uso

prejudicial de álcool e outras drogas. Somos movimento social, coletivo político da sociedade civil que tenciona junto à sociedade e instituições pelo fim de todos os manicômios!

A ASUSSAM-MG tem como responsabilidade orientar e ajudar os seus núcleos, respeitando suas autonomias e zelando pela boa convivência de todas as pessoas.

Regimento

Os núcleos distritais ou municipais da ASUSSAM-MG têm como composição:

- Diretoria composta por 3 lideranças de pessoas usuárias dos serviços de saúde mental substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- 1 pessoa trabalhadora da RAPS (incluindo aposentado) que é responsável pelo suporte tecnológico;
- Plenária composta por pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, seus familiares e trabalhadoras dos serviços substitutivos;

A Diretoria da ASUSSAM municipal/regional tem como responsabilidade:

- Convocar reuniões mensais em seu município ou regional;
- Participar das reuniões mensais da ASUSSAM-MG;
- Zelar pela boa convivência entre todas as pessoas na Plenária, pelos princípios antimanicomiais, antiproibicionistas e abolicionistas penais, além de não tolerar quaisquer atos de discriminação seja ela racial, de cor, gênero, sexualidade, idade, entre outras;
- Dar suporte as ASUSSAMs de regionais ou municípios vizinhos;
- Representar a ASUSSAM municipal/regional em eventos, entrevistas, audiências públicas, na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, entre outros espaços políticos e públicos;
- Eleger pessoa trabalhadora da RAPS que irá ajudar no suporte tecnológico;
- Atuar no sentido do alcance dos objetivos estratégicos;
- Realizar relatório anual escrito ou oral de ações realizadas.

É vedado à Diretoria:

- Receber quaisquer tipos de remuneração pelos trabalhos e ações efetuadas pela ASUSSAM;

- Tenham qualquer tipo de vínculo com o poder público, partidos, entidades religiosas ou setor privado que gerem conflitos de interesse;
- Atuar no sentido de agravamento da lógica manicomial, indo na contramão dos objetivos estratégicos.

São direitos e deveres da Plenária:

- Todos os presentes têm direito à voz e voto;
- Em matéria em que os usuários têm maioria, seja na aprovação ou reprovação de proposta, em contraponto ao coletivo de familiares e trabalhadores, prevalece a decisão dos usuários;
- Reprovar ou aprovar as ações propostas pela Diretoria;
- Propor ações para a ASUSSAM, desde que não tenham caráter manicomial ou contenham teor discriminatório;
- Zelar pela boa convivência entre os todos na Plenária, pelos princípios antimanicomiais, antiproibicionistas e abolicionistas penais, além de não tolerar quaisquer atos de discriminação seja ela racial, de cor, gênero, sexualidade, idade entre outras;
- Eleger os líderes da ASUSSAM de seu município ou regional;

- Denunciar à ASUSSAM-MG quaisquer ocorrência de desvio de conduta por parte da Diretoria.

É vedado à Plenária:

- Induzir o voto por meio da ameaça e da coação seja pela ameaça ou abuso de autoridade de familiares, trabalhadores, figuras religiosas, partidárias ou do poder público. Em caso de suspeita, a Diretoria e o plenário têm o dever de encerrar a Plenária e anular as votações.

O mandato da Diretoria é de 4 anos e os líderes não podem ser reeleitos mais de 2 vezes consecutivas. A Diretoria eleita deve entrar em contato imediato com a ASUSSAM-MG, fornecendo documento que comprove a eleição, para que esta registre em ata a Diretoria eleita. A ASUSSAM-MG poderá destituir a Diretoria em virtude de desvio de conduta sob aprovação da Plenária do município/regional ou, excepcionalmente, pela Plenária da ASUSSAM-MG caso haja provas robustas de cooptação por entidades religiosas, partidárias ou de interesse privado. Qualquer líder poderá a qualquer momento pedir afastamento, devendo ser substituído imediatamente com novo candidato eleito pela Plenária, substituição que deve ser imediatamente comunicada à ASUSSAM-MG.

Sobre a captação de recursos:

É vedado a cobrança de taxa para participação na Plenária. Para os casos em que a Diretoria necessita angariar recursos, poderá pedir doações a pessoas e entidades, concorrer a editais, disputar emendas parlamentares, entre outras estratégias. Todo dinheiro recebido deve ser usado exclusivamente para eventos e ações da Associação, sendo vedado empréstimo, aprovadas em Plenária e a prestação de contas deve ser apresentada à Plenária e a ASUSSAM-MG. Membros da Diretoria que fizerem desvio de recurso serão compulsoriamente afastados e deverão devolver todo o recurso à Associação.

Objetivos Estratégicos

- Fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, manicômios judiciais, clínicas de dependentes químicos, comunidades terapêuticas e outras instituições de caráter manicomial;
- Construção de Rede de Atenção Psicossocial Antimanicomial, com 100% de cobertura, 24 horas, 7 dias por semana, completamente pública, gratuita, estatal e laica;
- Realizar eventos, rodas de conversa, encontros, manifestações, campanhas e outras estratégias de intervenção na cidade no sentido de promover e construir uma

cultura antimanicomial, antiprobicionista e abolicionista penal;

- Nossa luta é por uma sociedade sem manicômios!
- Defender os direitos sociais (à moradia, saúde, educação, cultura, lazer e assistência social), civis (matrimoniais, patrimoniais, à maternidade e paternidade), de cidadania (liberdade, dignidade e autonomia) e políticos de todas as pessoas com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Atuar nas eleições no sentido de elencar e divulgar candidaturas que defendam os princípios da luta antimanicomial e os direitos das pessoas com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas, seja para cargos de prefeito, vereador, conselheiro tutelar, deputado estadual, governador ou conselhos municipais e estaduais de saúde, assistência social, entre outros;
- Defender o direito à loucura e ao uso de drogas, entendendo que a loucura e o uso de drogas são experiências humanas e não devem ser discriminadas, criminalizadas ou exterminadas, mas incluídas socialmente para que se deem de forma cidadã;

É preciso enlouquecer, usar drogas e responder pelos seus atos sem perder a cidadania

- Defesa intransigente do cuidado em liberdade e da redução de danos enquanto princípio ético e terapêutico sem os quais não é possível produção de saúde;
- Denunciar quaisquer formas de tortura, maus tratos, cárcere privado e violência seja ela doméstica, institucional, policial, psicológica, verbal, física ou sexual. Eliminar todas as formas de intervenções biomédico centradas - como a hipermedicalização, o eletrochoque ou eletroconvulsoterapia - e o tratamento moral - aquele que se baseia na restrição de direitos e punições com vistas a “corrigir” o uso de drogas ou o sofrimento mental.

A ASUSSAM-MG está sempre disponível em seu email (asussamantimanicomial@gmail.com) para dar suporte a qualquer associação ou coletivo antimanicomiais. Agora é juntar e lutar por uma sociedade sem manicômios!





Direitos dos Usuários

Laura Fusaro Camey

Para lutar pelos nossos direitos, precisamos, primeiro, conhecê-los. Saber as leis também nos ajuda a melhorar nossos argumentos. Assim compilamos as principais legislações do nosso campo da saúde mental.

Direito à Saúde

- Constituição de 1988

Saúde é direito de todos e dever do Estado. Redução dos riscos de adoecimento e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

- LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 19 DE

O SUS deve: garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

- LEI FEDERAL Nº 10216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

- Lei da Reforma Psiquiátrica

O tratamento em saúde mental visa a reinserção social da pessoa com transtorno mental e deve

ser realizado preferencialmente em serviços comunitários.

É direito: o acesso ao melhor tratamento e ser tratada com humanidade, respeito e com único interesse de beneficiar a sua saúde.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995

- Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

É dever dos municípios e do estado: garantir e implementar políticas de saúde mental, com extinção gradativa de hospitais psiquiátricos e instituições afins e sua substituição por uma rede de serviços substitutivos. Proíbe a instalação, ampliação e contratação de hospitais psiquiátricos e instituições afins públicos ou privados. É direito da pessoa com sofrimento mental: tratamento que visa manter e recuperar a integridade física e mental, a identidade e a dignidade, a vida familiar, comunitária e profissional.

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

É direito das pessoas com deficiência: acesso sem discriminação à serviços de saúde e proíbe tratamento forçado.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão

É direito: acesso integral à saúde por meio do SUS.

Direito à Participação da vida política e pública

- Constituição de 1988 e LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - Lei do SUS

É direito: a participação Comunitária no Sistema Único de Saúde.

- LEI FEDERAL Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990
- Lei do Controle Social na Saúde

Cria os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde que tem poder de fiscalizar, propor e deliberar sobre as políticas de saúde do SUS.

- LEI FEDERAL Nº 10216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

É dever do Estado: desenvolver a política de saúde mental com a participação de usuários e familiares.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995
- Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

Cria as Comissões de Reforma Psiquiátrica Municipais e Estadual (dentro dos Conselhos de Saúde).

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão

É direito: ter garantia ao voto secreto, poder ser votado, participar das decisões das políticas públicas.

É dever do Estado: incentivar a participação política e na vida pública por meio de incentivo a associações, participação em partidos, entre outros.

Direito à Dignidade e à Vida

- Constituição de 1988

Princípio da dignidade da pessoa humana: todas as pessoas devem ser protegidas contra tratamentos degradantes e discriminação, além de terem acesso às condições materiais mínimas de sobrevivência. Direito a vida é inviolável.

- LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990
- Lei do SUS

São princípios do SUS: a Universalidade do acesso aos serviços de saúde, integralidade e igualdade na assistência à saúde e preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995

Proíbe: o uso de camisa de força, cela-forte e outros procedimentos violentos e desumanos, o uso de medicação sem eficácia comprovada e com finalidade que não terapêutica, a internação sem laudo médico e a discriminação ao acesso aos serviços de saúde mental. Limita o uso de eletroconvulsoterapia e de contenções físicas. É direito da pessoa com sofrimento mental: ter possibilidade de revisar sua internação junto ao Ministério Público que tem o dever de ter junta técnica para acompanhar e rever internações.

- LEI FEDERAL Nº 10216, DE 6 DE ABRIL DE 2001
- Lei da Reforma Psiquiátrica

É direito das pessoas com transtorno mental: a não discriminação no acesso aos serviços de saúde mental,

o sigilo de suas informações, o livre acesso aos meios de comunicação (ex. telefone), ser tratada de forma menos invasiva possível e livre de abusos e exploração. Proíbe pesquisa científica nas pessoas sem consentimento delas e também a internação em serviços asilares e/ou que violem direitos previstos em lei.

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

É direito: a não-discriminação, acessibilidade, privacidade, igualdade de oportunidades, reconhecimento em qualquer lugar como pessoas, o respeito a integridade física e moral, não ser vítima de tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

Proíbe experimentos médicos ou científicos sem livre consentimento.

É dever do Estado: prevenir e coibir a exploração, a violência e o abuso e reparar as vítimas, proteger contra a escravidão ou servidão e trabalho forçado ou compulsório.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão

É dever do Estado: garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida, não podendo ser obrigada a tratamento ou a institucionalização forçada,

proteger de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante. Regulamenta que intervenções involuntárias somente quando em casos de risco de morte e de emergência à saúde na qual a pessoa está impossibilitada de dizer sua vontade.

É direito: à igualdade de oportunidades e a não discriminação.

Direito à Liberdade e Autonomia

- Constituição de 1988

Liberdade como direito fundamental.

- LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990
- Lei do SUS

É princípio do SUS: a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. É direito do usuário: ter informação sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde e seu funcionamento.

- LEI FEDERAL Nº 10216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

É direito da pessoa com transtorno mental: ter presença médica para esclarecer a necessidade ou não

de sua hospitalização involuntária e receber o maior número de informações a respeito de sua saúde e tratamento, o direito à convivência familiar e social. Proíbe a internação em instituições asilares.

É dever do Estado realizar política de desinstitucionalização.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995
- Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

É dever do estado: - Providenciar atenção integral as necessidades dos usuários que perderam vínculo com o grupo familiar por meio de políticas públicas que visem sua integração social. - Fazer política de desinstitucionalização com oferta de moradia, reinserção na família de origem ou por adoção, além de criar condições para a autonomia social e econômica dos usuários com a regularização da sua situação previdenciária, assessorando-os na administração de seus bens; facilitação de sua inserção no processo produtivo formal ou cooperativo, proibindo-se qualquer forma de discriminação ou desvalorização do trabalho; inserção no processo educacional do sistema de ensino e atenção integral à saúde. - Deixar cópia desta lei em local de destaque em serviços de saúde mental - Destinar recursos para campanhas de esclarecimento sobre a reforma psiquiátrica.

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

São direitos das pessoas com deficiência: a liberdade de movimentação, a liberdade de escolher sua residência, a liberdade de expressão e de opinião, acesso à informação, a vida independente e inclusão na comunidade (incluindo o direito de escolher seu local de residência e onde e com quem morar, não são obrigadas a viver em determinado tipo de moradia), acesso a uma variedade de serviços de comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade.

É dever do Estado: tomar medidas efetivas para que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. A existência de deficiência não justifica a privação de liberdade.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. - Lei Brasileira de Inclusão

O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com

deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Direito ao Trabalho e à Educação

- Constituição de 1988

Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995 - Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

É dever do Estado: facilitar às pessoas com sofrimento mental a inserção no processo produtivo formal ou cooperativo, proibindo-se qualquer forma de discriminação ou desvalorização do trabalho, e a inserção no processo educacional do sistema de ensino. É proibido a construção de estabelecimentos de educação, públicos ou privados, especializados a pessoas com sofrimento mental e que impliquem segregação.

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão

É direito das pessoas com deficiência: acesso à educação inclusiva de qualidade em todos os níveis, trabalho e emprego, sem discriminação em condições seguras e salubres, com direitos trabalhistas e remuneração em condições de igualdade com as demais pessoas, além de acesso a programas de orientação técnica e profissional.

Direito à Assistência Social, Cultura, Lazer e Moradia

- Constituição de 1988

É dever do Estado assegurar a assistência social a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social.

- LEI Estadual Nº 11802, DE 18 DE JANEIRO DE 1995 - Lei da Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais

É dever do Estado criar condições para a autonomia social e econômica das pessoas com sofrimento mental com a regularização da sua situação previdenciária, assessorando-os na administração de seus bens;

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

É dever do Estado: oferecer às pessoas com deficiência e suas famílias um padrão adequado de vida com alimentação, vestuário e moradia adequados, promover a proteção social com acesso a saneamento básico, serviços e atendimentos apropriados para as necessidades relacionadas com a deficiência, programas de proteção social e de redução da pobreza, programas habitacionais públicos e programas e benefícios de aposentadoria. É dever do Estado garantir a participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão

É direito da pessoa com deficiência: - Ter acesso informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis nas áreas de saúde, de educação, de cultura, de esporte, de lazer, de transporte, de previdência social, de assistência social, de habitação, de trabalho, de empreendedorismo, de acesso ao crédito, de promoção, proteção e defesa de direitos e nas demais áreas que possibilitem à pessoa com deficiência exercer sua cidadania. - Moradia digna, sendo dever do Estado apoiar a moradia para a vida independente e oferecer residência inclusiva para as que não tiverem

condições de morarem sozinhas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, além de terem prioridade em programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, para ter moradia própria. - Garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social. - Programas da assistência que enfrentem situações de vulnerabilidade e de risco, - Acesso à cuidadores sociais para aqueles que são dependentes, - Benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo para as pessoas com deficiência que não possua meios para prover sua subsistência nem de tê-la provida por sua família - Acesso à cultura, ao esporte e ao lazer.

Direitos Civis

- Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência

É reconhecido capacidade legal das pessoas com deficiência.

É dever do Estado: prover o apoio para o exercício da capacidade legal, respeitando os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sendo aplicadas pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial, proteger para que as pessoas

com deficiência não sejam destituídas de seus bens e eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade/maternidade e relacionamentos. É direito: possuir ou herdar bens, controlar as próprias finanças e ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, acesso à justiça, não discriminação perante a justiça penal.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.

- Lei Brasileira de Inclusão

A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: casar-se e constituir união estável, exercer direitos sexuais e reprodutivos, exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar, conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória, exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária e exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando.

É direito: aposentadoria para os segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), acesso à justiça, à não discriminação na justiça e sistema penal e o acesso a serviços notariais e de registro.

- LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.
- Lei Brasileira de Inclusão CURATELA E TOMADA DE DECISÃO APOIADA

A curatela é medida protetiva extraordinária e deve o menor tempo possível, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado pode afetar somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, não afetando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessárias para que possa exercer sua capacidade.



Na luta
antimanicomial,
é bom trocar sonhos
e torná-los real.

Se não agora;
pelo menos,
há conspiração.

Co-piramos esperança,
aquilombamento,
aprendizado, afeto
e liberdade.



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

