

1

História, memória e loucura: espaços de cidadania nos municípios do Vale do Rio dos Sinos

Nádia Maria Weber Santos
Pesquisadora EST/FAPERGS

RESUMO: A comunicação apresenta pesquisa em andamento e alguns resultados parciais, a qual busca identificar (quantitativa e qualitativamente) os espaços públicos e privados que possuam projetos de construção de cidadania para as pessoas acometidas/portadoras de transtornos mentais, nos 14 municípios que integram o Vale do Rio dos Sinos. Nestes municípios pesquisamos, em fontes diversas (arquivos públicos, arquivos privados de instituições, fontes orais, fontes digitais, entre outras), a construção destes espaços no que tange à inclusão social destes indivíduos, após a lei de reforma psiquiátrica no RS de 07 de agosto de 1992. A questão da cidadania é pensada em sua dialética com seu oposto, a exclusão social, sendo balizada pelas seguintes categorias de análise: dignidade, auto-estima/subjetividade, autonomia, direitos e deveres, alteridade, solidariedade, responsabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: cidadania, loucura, vale do Rio dos Sinos.

O intento desta pesquisa, denominada CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE CIDADANIA NOS MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO DOS SINOS – A QUESTÃO DA LOUCURA E SEUS ESPAÇOS DE INCLUSÃO SOCIAL¹ é identificar os espaços de cidadania presentes em instituições, estatais e não estatais, as quais possuem projetos de construção de cidadania das pessoas acometidas/portadoras de transtornos mentais, nos 14 municípios que integram o Vale do Rio dos Sinos (Araricá, Campo Bom, Canoas, Dois

¹ Este projeto é coletivo e desde o início foi realizado em equipe, como segue. As instituições idealizadoras desta pesquisa (ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA/SÃO LEOPOLDO - EST e INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE IVOTI - ISEI), conscientes de seu papel na ampla comunidade que abarca a região do Vale dos Sinos no RS, propõem a avaliação das instituições estatais e não estatais existentes neste espaço, que prestam auxílio social ao indivíduo acometido de transtornos mentais (sob o rótulo genérico de “loucura”). Com uma equipe multidisciplinar (teólogos, historiadora, psiquiatra e educadores) e através de instrumentos de análise quantitativos e qualitativos, serão avaliados a construção de espaços de cidadania e os projetos existentes nestas instituições, no sentido da inclusão social destes indivíduos. Desta forma, intentam colaborar com esta discussão, que é muito contemporânea, sobre o indivíduo rotulado de “louco” e sua vulnerabilidade frente ao meio que habita, e apontar caminhos para sua inclusão social através destes espaços construídos de cidadania. A pesquisa, que se refere ao edital PROCOREDES III, tem duração de um ano e a bolsa recém-doutor é custeada pela FAPERGS. Os integrantes desta pesquisa são: EST/SÃO LEOPOLDO: Dr Rudolf von Sinner (coordenador institucional/EST), Dr. Rodolfo Gaede Neto, Ms. Márcia Paixão, Dra. Nádia Maria Weber Santos (bolsista recém-doutora/FAPERGS, coordenadora da pesquisa de campo), pesquisador voluntário Dorivan Cleiton de Souza (graduando teologia EST); ISEI/IVOTI: Ms. Dóris Helena Schaun Gerber; Ms. Marli Brun; Ms. Vanderlei Kriesang; pesquisadora voluntária Guadalupe Pasqualotto (graduanda do curso Normal do ISEI).

2

Irmãos, Estância Velha, Esteio, Ivoti, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, São Leopoldo, Sapiranga e Sapucaia do Sul – dados do IBGE 2003, sendo os municípios de abrangência do CONSINOS). Estes locais estão sendo mapeados amplamente e seus projetos serão analisados no que tange aos direitos, deveres e participação nas comunidades destes indivíduos, sendo escolhida uma instituição mais representativa de cada cidade a fim de avaliar as formas pelas quais tais sujeitos da pesquisa são incluídos nas mesmas (projetos de inclusão social).

Partimos de parâmetros históricos no que concerne à loucura no Estado do Rio Grande do Sul, bem como de parâmetros relativos à cidadania, tanto percebidos pela ótica da teologia, como da psiquiatria humanista de C.G. Jung. A metodologia consistirá, em um primeiro momento de checagem quantitativa, em entrevistas direcionadas, e, em um segundo momento, em instrumentos qualitativos de escolha, que serão balizados pelos próprios achados da pesquisa.

De forma geral, o projeto busca identificar ações e representações pelas quais estes espaços pensam e desenvolvem suas práticas relacionadas à cidadania e à loucura, bem como o foco principal de “atuação cidadã” de uma instituição de cada município, que seja mais representativa em seu projeto de cidadania e inclusão social destes indivíduos, em termos numéricos e/ou que traga contribuições sociais pertinentes e inovadoras que sirvam de paradigma a outras instituições. Buscamos compreender, também, as práticas sociais exercidas nas comunidades do entorno social destas instituições que possam colaborar para as práticas de cidadania. E desta forma, re-significamos paradigmas relacionados à cidadania, os quais se caracterizam como categorias de análise: dignidade, auto-estima/subjetividade, autonomia, direitos e deveres, alteridade, solidariedade, responsabilidade.

Um outro objetivo desta pesquisa consiste em promover o diálogo e o debate entre as instituições pesquisadas, realizando um “Fórum de Participação Coletiva”, onde aquelas escolhidas apresentarão seus projetos e suas práticas já efetivadas a todas aquelas mapeadas e às comunidades interessadas de todos os municípios estudados, contribuindo para a realização e direcionamento de ações sociais de cidadania. Ao final, queremos tornar acessível o resultado e as reflexões advindas deste projeto a educadores nos diferentes graus de formação,

3

escolar e universitária, para que possam servir de parâmetros balizadores na educação destas pessoas ditas “excluídas sociais” pelo transtorno mental que apresentam.

Historicamente, na sociedade gaúcha, as práticas sociais atuantes sobre os indivíduos portadores de transtornos mentais estiveram sempre vinculadas a ações que lhes retiraram sua cidadania. E não é ou foi diferente nas cidades do vale do Rio dos Sinos.

Em meados do século XIX, no Brasil, seres humanos rotulados como “improdutivos, inadaptados e inúteis” (Medeiros, 1977) vagueavam pelas ruas das cidades, havendo a necessidade destas serem “limpas” destes desafortunados seres indesejáveis – que muitas vezes iam parar em porões de casas particulares, em hospitais gerais e mesmo nas cadeias públicas. Foi um período que marcou a emergência de uma nova sensibilidade quanto à loucura e a internação especializada destas pessoas foi sendo paulatinamente requerida. A modernização crescente das cidades, a economia competitiva e a necessidade de “higienização moral” da urbe levou à exclusão de muitos destes indivíduos não adaptados aos padrões de vida aceitáveis pela sociedade, improdutivos que eram economicamente. Estes “desajustados sociais”, os loucos ou “alienados mentais” como foram chamados na época, precisavam de um lugar que os contivesse e excluísse da sociedade. (Santos, 2005 a)

Pode-se dizer que a partir de motivações diversas, lutas políticas distintas, brigas por poderes e saberes, o resultado foi um só: a construção de manicômios nas cidades brasileiras cada vez mais populosas. O hospício surgiu, assim, como uma necessidade de uma época histórica, ligada a outras transformações do período, sociais e urbanas.

Tanto no Brasil como no Rio Grande do Sul, mais especificamente, ainda no século XIX, numerosas foram estas lutas travadas, em período de muitas décadas, pelos diversos setores da sociedade (como as instituições religiosas assistenciais tipo Santas Casas de Misericórdia, a comunidade médica, os políticos) para o que se convencionou chamar de “institucionalização da loucura”.

O primeiro manicômio brasileiro (Hospício Nacional de Alienados) foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro, por um decreto do Imperador Pedro II, sendo de caráter

4

assistencialista e vinculado à Santa Casa de Misericórdia da capital, embora tenha surgido por solicitação de uma congregação de médicos. (Engel, 1998)

Em 1884 foi fundado o Hospício São Pedro de Porto Alegre, instituição paradigmática nas práticas de cura e também naquelas de exclusão dos indivíduos considerados “loucos”, no RS, situado bem longe do centro da cidade, na "Estrada do Mato Grosso", atual Bento Gonçalves. As preocupações do governo eram no sentido de que o sítio de sua construção não ficasse junto à cidade, favorecendo o distanciamento daqueles que se queriam "sadios" e perpetuando a exclusão. (Wadi, 2002) Somavam-se a isto as recomendações médicas de que "os infelizes" ficassem em sítios campestres, "onde o ruído e o movimento popular não vá perturbar o repouso que lhe é mister." Passaram-se doze anos entre a primeira sugestão (1872) do Provedor da Santa Casa de Misericórdia - local onde eram internados em Porto Alegre este tipo de doentes - para a construção de um asilo próprio para alienados e sua inauguração.

Diferença fundamental com a capital do Império, o manicômio surgiu, em Porto Alegre, por iniciativa do provedor desta instituição de caridade, que protestava contra: a) as péssimas condições em que viviam no asilo da Santa Casa os alienados enviados para a capital de todos os pontos da Província, sem que se pudessem minorar seus sofrimentos; b) a confusão existente entre alienados e criminosos fazendo com que ocupassem os mesmos lugares de reclusão, ou seja, a Cadeia Pública, por não existirem lugares suficientes no Hospital de Misericórdia para receber os primeiros; c) a responsabilidade da sociedade cristã e civilizada que não devia fechar seus olhos para tais problemas. (Wadi, 2002; Schiavoni, 1997)

Vendo sob esta perspectiva histórica, problemas específicos demarcaram as práticas de exclusão destes indivíduos: o doente mental sendo considerado um ser excluído da sociedade urbanizada foi-lhe negado o papel de agente/sujeito da História, marginal à sua própria contemporaneidade, estigmatizado frente o convívio social; as representações da loucura que a sociedade fez, as quais, nesta prática social de exclusão, foram legitimadas pelo discurso médico oficial ou serviram para legitimar este próprio discurso; o imaginário da exclusão que favoreceu a formação de espaços urbanos que privilegiaram o isolamento e o confinamento do doente, criando verdadeiros depósitos de seres humanos, fora de toda a prática social integradora. A estes “excluídos da História”, os loucos, a sociedade negou o papel de cidadãos, privando-os de sua dignidade respeitada, de sua autonomia realizada e seus direitos

5

e deveres exercidos em todas as instâncias individuais e sociais. (Santos, 2005b) A sua identidade foi privada de sentido social, sendo negativa e estigmatizada, e sua cidadania constrangida em “camisas-de-força sociais”, sejam estas camisas confeccionadas pela sociedade como um todo, pela medicina ou pela família.²

A questão da cidadania pode ser vista sob diferentes ângulos, mas nossa escolha recai sobre pensá-la em sua dialética com seu oposto, isto é, a exclusão social. Pensar o ser humano cidadão é pensá-lo na relação das forças sociais que instauram a diferença, pois é sendo e sentindo-se um “não diferente” que ele pode ser incluído na sociedade dos “iguais”. Cidadania e exclusão são representações da ordem social que orientam práticas e instauram paradigmas sociais (Paugam, 1996), sendo, portanto, conceitos construídos historicamente.

Se nossa proposta caminha no sentido de identificarmos espaços sociais de construção de cidadania, é lícito que tentemos examinar como a sociedade, a partir de instituições que se colocam na linha de frente para um auxílio mais social e humano aos indivíduos excluídos, vê e elabora suas representações sobre estes mesmos indivíduos. Pautamo-nos, como observado anteriormente, por algumas categorias que se inserem nos parâmetros da cidadania e podem ser representadas, negativa ou positivamente, no imaginário popular: dignidade, autonomia, direitos e deveres, solidariedade, alteridade, responsabilidade ética.

Do ponto de vista teológico na tradição cristã, construir a cidadania significa reconhecer a dignidade de cada ser humano, não fundada em alguma qualidade específica ou mérito particular deste, mas atribuída por Deus quem criou o ser humano na sua “imagem e semelhança” (Gênesis 1,26s.) e cujo Filho, Jesus Cristo, veio “para que tenham vida, e a tenham em abundância” (João 10,10; Brakemeier 2002). Ainda impulsionadas pelo mandamento do amor pelo próximo, emblematicamente explicitado na parábola do bom samaritano (Lucas 10,25-37), as igrejas, como participantes ativas na sociedade civil, historicamente procuraram e hoje procuram criar espaços para a inclusão social de pessoas *de facto* excluídas da cidadania.

² Identidade, aqui, entendida como um fenômeno que emerge da dialética entre indivíduo e sociedade, onde as premissas de um se equacionam com as representações do outro - constituindo um imaginário de pertencimento e não de exclusão. (Pesavento, 1994)

6

A vertente teológica de maior expressão no Brasil e na América Latina, a Teologia da Libertação, formulada no espírito revolucionário e na resistência contra a repressão dos regimes militares no continente, centrada na “opção preferencial pelos pobres”, pode encontrar, num ambiente democrático, sua continuação lógica numa “teologia da cidadania e da solidariedade” (Assmann 1994). Partimos do pressuposto que as igrejas têm uma tarefa crítico-construtiva frente ao Estado e podem, com seu acesso privilegiado a grande parte da população, fazer diferença importante na construção da cidadania. Esta contribuição se dá nos níveis da própria prática eclesial, na sua atuação no espaço público e na sua reflexão teológica (Castro 2000; Sinner e Majewski 2005), bem como no exercício do seu papel pedagógico (Freire 1997; Pauly 2002; Streck 2002). São de importância especial valores que norteiam sua ação e podem servir de contribuição para a sociedade mais ampla, embora não se deva esquecer que este papel não é livre de ambigüidades (Sinner 2005).

Partimos de uma conceituação específica de "doença" e, por conseguinte, de "transtorno mental", conforme empregada pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung. Sucintamente, esta perspectiva psicológica compreende que o ser humano é constitucionalmente (no nascimento) saudável inclusive sob o ponto de vista psíquico. Postula-se a psique (e o inconsciente) como um órgão, da mesma forma que temos os outros órgãos do corpo. Ela tem sua fisiologia própria e também adoece, como os outros órgãos. E possui uma grande capacidade de regeneração e auto-regulação. Encarada assim, os sintomas de uma doença psíquica são, ao mesmo tempo em que uma tentativa de cura, símbolos daquilo que se quer curado.

A partir destas assertivas, estabelece-se que a doença mental não é por si só parâmetro de exclusão de qualquer indivíduo de seu meio sócio-cultural, uma vez que a grande maioria dos primeiros surtos da doença pode ser evitada, ou estes podem ser plenamente tratados com sucesso, quando diagnosticados no início de sua evolução e desde que não tenham sido ainda manipulados com medicamentos, eletro-choque ou outros meios deteriorantes do psiquismo, fora do ambiente hospitalar.

Em nosso atual momento histórico, a discussão sobre a “desinstitucionalização” da loucura, em oposição ao século XIX que a institucionalizou e criou os hospícios no Brasil, se faz presente e importante em um número cada vez mais relevante de autores e pensadores,

7

bem como em várias áreas da sociedade – entre elas, educação, saúde, assistência social, teologia, política, artes, entre outros. A “luta anti-manicomial”, iniciada em nosso estado na década de 1980 por grupos independentes, ONGs e entidades privadas, abrange, assim, estes diversos setores específicos, bem como a sociedade civil como um todo e toma forma em algumas instituições de cunho social, estatais e não estatais, em nosso Estado. Muitos pacientes egressos de hospitais e clínicas psiquiátricas são encaminhados a estes locais, para uma mais efetiva “inclusão social”.

Também percebemos que muitas outras pessoas, que nunca foram hospitalizadas, porém são excluídas em seu meio social (seja na família, na escola ou em outros grupos), fazem parte da população alvo destes cuidados extra-hospitalares e podem ser beneficiadas por estes projetos.

No contexto social brasileiro, a partir dos anos 80, sob influência de todos esses movimentos mundiais de reforma e, internamente, a superação da ditadura militar, pelo processo de redemocratização, a cidadania foi incorporada à linguagem de movimentos sociais de vanguarda e também na área de saúde e de saúde mental. (Oliveira e Alessi, 2005)

Daí a importância de existirem espaços institucionais, diferentes dos “hospícios tradicionais”, que integrem ou re-integrem este indivíduo dito “louco” em seu meio social, resgatando sua cidadania “perdida” historicamente. Nossa pesquisa tem como objetivo resgatar estes espaços e divulgá-los entre as comunidades interessadas, leigas e não leigas, bem como balizar as ações de educadores no sentido de inclusão destes indivíduos no ambiente escolar. Ela atuará como instrumento de busca e análise da eficácia destes espaços de cidadania, bem como de divulgação e incremento destas práticas cidadãs para com o indivíduo antes excluído e agora participante de seu meio social, principalmente após o advento da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, com a Lei Estadual número 9.716, de 07 de agosto de 1992, que determina a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços sócio-sanitários.

Encontramos no Guia de Serviços de Saúde Mental do Rio Grande do Sul um apoio (ao menos teórico!) ao nosso trabalho, no sentido de especificar a ação do governo estadual nesta área. Conforme sua redação, feita pela Dra. Sandra Fagundes, Secretária Executiva de Saúde Mental (2003):

O Governo do Estado radicaliza o processo de democratização capaz de gerar uma nova consciência de cidadania e de transformar as condições das populações excluídas, intervindo no processo que as produz. Compreende que é por políticas públicas que se podem garantir meios reais de vida nas áreas de saúde mental, cultura, moradia, trabalho, educação para a inclusão social. Com a responsabilidade de ofertar serviços públicos qualificados, integrais e permanentes, a partir da construção de uma rede de proteção mais justa e universal. A Política Estadual de Saúde, pautada nos auspícios da construção da democracia e na perspectiva dos direitos dos cidadãos, e Política de Atenção Integral à Saúde Mental, também consubstanciada na Reforma Psiquiátrica, no Rio Grande do Sul através da Lei Estadual número 9.716, de 07 de agosto de 1992, que determina a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços sócio-sanitários, e no país, através da Lei Federal número 10.216 de 06 de abril de 2001, são os pilares e a sustentação dos propósitos e realidades já constituídas e apresentadas neste Guia. Também representa a iniciativa de estabelecer padrões mínimos de qualidade na atenção em saúde mental, nos diversos níveis de complexidade e em todos os serviços, especializados ou não, tendo em vista as políticas de organização da rede de serviços e de financiamento das ações e dos serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Por isso, representa também um importante instrumento de controle social. Lembramos que o compromisso dos gestores de saúde com os parâmetros e metas de atenção à saúde, bem como as atividades estabelecidas como prioritárias, deverão compor os Planos de Aplicação e Relatórios de Gestão, conforme a legislação, e deverão ser utilizados no acompanhamento dos serviços nessa área. O Estado do Rio Grande do Sul tem sido pioneiro no Brasil em iniciativas que tornam realidade a reforma psiquiátrica, que é um longo processo de transformação das estruturas de serviços ofertados à população, com a transformação do caráter centralizador da atenção nas internações psiquiátricas, para a formação de uma rede de atenção integral a saúde mental.

A Lei Federal 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, regulamentou as internações psiquiátricas e promoveu mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de “desospitalização”, implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psico-social (CAPS). Seu objetivo foi, inicialmente, humanizar o tratamento, de modo que a internação fosse o último recurso - e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há, ainda, a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta foi, desde então, privilegiar o convívio do paciente com a família. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco

9

para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação.

A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: os médicos e a família, que passam a ser peças fundamentais. Um dos grandes méritos da Lei é a explícita definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais: proíbe a internação em instituições com características asilares (hospícios e manicômios, por exemplo); determina a necessidade de autorização médica para internação; exige a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente; diagnóstico e terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Nesta tentativa de organização estatal, os CAPS [Centros de Atenção Psicossocial] são tidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que melhor atenderiam às necessidades do cidadão que não mais é internado em hospitais psiquiátricos ou que é egresso dos mesmos. Eles contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Devem obedecer a alguns princípios básicos dentre os quais se responsabilizarem pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. A atenção do CAPS deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. (Amarante, 2003)

Cabe salientar que a reforma psiquiátrica brasileira (tanto quanto a de nosso Estado) não é um movimento unívoco, de mão única e que possui, desde o início, uma única diretriz e poucos teóricos que a pensam e a estruturam. Ao contrário, é um complexo de reflexões e práticas que envolvem forças, interesses (e desinteresses) políticos, econômicos e sociais, bem

10

como a boa vontade dos gestores, sua visão de mundo e, de forma contundente, sua noção (e práxis!) de cidadania. Também chamamos atenção de que lidamos com municípios de certa região – região esta com sua especificidade – e não com o Estado como um todo, o que particulariza os dados encontrados, no que concerne, por exemplo, aos subsídios dos governos estadual e federal, às políticas públicas, às necessidades de cada cidade, etc.

Nossa pesquisa, de certa forma, tendo passado pela fase das entrevistas orais e escritas (em algumas cidades houve a necessidade burocrática de protocolar a entrevista por escrito, como no caso de Canoas e Portão), e abordando apenas uma pequena fatia deste vasto território estadual, já possui alguns dados relevantes, que colaboram para o todo estudado.

Entrevistando os secretários de saúde e/ou os coordenadores ou responsáveis pela Saúde Mental dos 14 municípios, observa-se a precariedade de serviços nesta área específica da saúde municipal, exceção feita àquelas cidades que, pelo número de habitantes, já possui um ou mais CAPS. Não queremos dizer com isto que os gestores de saúde não se importam com o assunto, ao contrário; porém, isto corrobora o fato de que existem muitos caminhos ainda a serem traçados nesta luta – seja a anti-manicomial, seja aquela luta para restituir a cidadania historicamente perdida pelas pessoas tidas como loucas.

Dentre os 14 municípios avaliados em nossa pesquisa, sete deles ainda não possuem CAPS, sendo sua demanda em saúde mental atendida em postos de Atenção Básica ou encaminhada às cidades maiores da região, ou mesmo ao Hospital São Pedro de Porto Alegre ou Hospital Espírita, da mesma capital – ou seja, uma situação ainda anterior à reforma. São eles: Araricá, Dois Irmãos, Ivoti, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Portão e Sapucaia. O motivo, em geral, centra-se no número de habitantes da cidade, que ainda não atinge aquele limite mínimo de 20 mil, e/ou problemas financeiros para estabelecer este serviço. As demais cidades possuem CAPS I ou II, sendo que o maior município da região, Novo Hamburgo, possui também um CAPS AD (álcool e drogas), um CAPS i (infância e adolescência) e um outro serviço similar que é a Oficina de Geração de Renda, a qual visa, através do trabalho, a reabilitação psicossocial. Em geral, esta oficina está ligada ao CAPS da cidade, e apenas constatamos sua existência nos municípios de Novo Hamburgo, Estância Velha, Campo Bom e São Leopoldo. Em Ivoti existe um “esboço” de geração de renda, com um grupo de

11

mulheres que se reúne com uma psicóloga do município, onde confeccionam artesanatos e fazem feiras na cidade para vendê-los.

Outros aspectos, também, chamaram a atenção: nem todos os entrevistados estão de acordo que a reforma psiquiátrica foi ou é eficaz sob a forma prevista para os usuários em grande escala; a cada ano aumenta a demanda em saúde mental nos municípios, sendo os problemas mais diagnosticados: depressão, abuso de álcool e drogas e tentativas de suicídio. O aumento do uso/abuso de drogas, como o *crack*, bem como do abuso de bebidas alcoólicas, principalmente por adolescentes e jovens, foi mencionado em todas as entrevistas nas 14 cidades como um problema atual grave, e tendo sido identificada, por duas das secretárias de saúde entrevistadas, uma “epidemia silenciosa de *crack*” na região. Este problema extrapola o âmbito das SMS (Secretarias Municipais de Saúde), envolvendo outros órgãos públicos, como a Segurança Pública, Educação, pois junta-se a isto também a prostituição de meninas menores de idade, o aumento da criminalidade como um todo, entre outros problemas sociais.

Alguns parâmetros apontados como possíveis causas para estes diagnósticos são comuns a todas as cidades, nesta ordem: desemprego crescente (região tradicional de fábricas de calçados), região de colonização alemã (rigidez, moralidade e dificuldade em acompanhar as mudanças do mundo atual) e falta de perspectiva de vida para os jovens.

Porém, existem especificidades em cada cidade, o que faz com que a pesquisa ganhe em qualidade de análise. Por exemplo, existem dois assentamentos de “sem-terra” na cidade de Nova Santa Rita e dois acampamentos, o que, na avaliação da secretária acarreta dificuldades para delimitar as ações em saúde pública, incluindo a mental.

Como é de se esperar, nem todos os gestores de saúde estão de acordo com as políticas públicas do Estado e, apesar disto, alguns têm grande “boa vontade política” de realizar em prol da saúde mental. Exemplo disto há em Esteio, onde a Secretária atual fez da Saúde Mental a meta de sua gestão em 2008 e está remodelando os serviços existentes em todos os setores (pessoal, material, etc) da área.

Para terminar, gostaria de dizer que ainda há fontes a serem examinadas e a pesquisa ganha corpo e densidade a cada passo. Esperamos com isto, verdadeiramente, contribuir para

12

a cidadania daquele ser excluído da sociedade, fazendo diagnósticos históricos, sociais e provocando discussões em uma região tão importante de nosso Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ASSMANN, Hugo. Teologia da Solidariedade e da Cidadania. Ou seja: continuando a Teologia da Libertação. In: *Crítica à lógica da exclusão: ensaios sobre economia e teologia*, São Paulo: Paulus 1994, 13-36.

BRAKEMEIER, Gottfried. *O ser humano em busca de identidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

CASTRO, Clóvis Pinto de. *Por uma fé cidadã: A dimensão pública da igreja. Fundamentos para uma pastoral da cidadania*, São Paulo: Umesp, 2000.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. V.5, n.3, nov/1998. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. - fev.1999, p.547-564.

GUIA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. EDIÇÃO DO ESTADO DO RGS, 2003.

MEDEIROS, T. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de e ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência, saúde coletiva*, Mar 2005, vol.10, no.1, p.191-203.

PAUGAM, Serge (org). *L'exclusion, l'état de savoirs*, Paris: Éditions la Découverte, 1996.

PAULY, Evaldo Luis. Ética, Educação e Cidadania. *Questões de fundamentação teológica e filosófica da ética da educação*, São Leopoldo: Sinodal, IEPG, 2002.

PESAVENTO, Sandra. Um novo olhar sobre a cidade: a Nova História Cultural e as representações do urbano. Vargas, A. (org.). *Porto Alegre na virada do século, cultura e sociedade*, Porto Alegre/ Canoas/ São Leopoldo: Ed da UFRGS/ Ed. da ULBRA? Ed. da UNISINOS, 1994.

SANTOS, Nádia Maria Weber. *Histórias de sensibilidades – espaços e narrativas da loucura em três tempos (Brasil, 1905/1920/1937)*. Tese de Doutorado. IFCH – UFRGS. Porto Alegre: 2005a.

SANTOS, Nádia Maria Weber. *Histórias de vidas ausentes - a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental*, Passo Fundo: editora da UPF, 2005b.

SCHIAVONI, Alexandre. *A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina*. Dissertação de mestrado, PPG História, UFRGS, 1997.

13

SINNER, Rudolf von. Religião e Poder – *Para a sustentabilidade política do mundo. Concilium. fasc. 308, n. 5, p. 105-116, 2004.*

SINNER, Rudolf von; MAJEWSKI, Rodrigo Gonçalves. A contribuição da IECLB para a cidadania no Brasil. *Estudos Teológicos. a. 45, n. 1, p. 32-61, 2005.*

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciência, saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(I)25-29, jan-abr. 2002.*

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. *Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil, Petrópolis: Vozes, 1997.*

WADI, Yonissa M. “Palácio para guardar doidos”: *uma história das lutas para a construção do hospício de alienados e da psiquiatria no RGS. Porto Alegre: editora da Universidade/ UFRGS, 2002.*