



O CUIDADO ÉTICO DA PESSOA ALÉM DO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL PROTOCOLAR

The ethical care of the person in addition to protocolar mental health care

Rodrigo Valente Giublin Teixeira

Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9514467370087290> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6562-6731>

E-mail: rodrigo@rodrigovalente.com.br

Walter Lucas Ikeda

Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8656706806234500> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6079-7109>

E-mail: walterlucasikeda@gmail.com

Trabalho enviado em 19 de janeiro de 2022 e aceito em 20 de abril de 2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Rev. Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 16, N.01., 2023, p. 364-388.

Rodrigo Valente Giublin Teixeira e Walter Lucas Ikeda

DOI: 10.12957/rqi.2023.64773

RESUMO

O artigo apresenta um panorama do desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental cujo atendimento é instrumentalizado por um rito protocolar estabelecido por normas e diretrizes que regulamentam o tema. Dessa maneira, o problema de pesquisa que orienta esta investigação é: em que medida o atendimento meramente protocolar cumpre um cuidado ético? A hipótese que se trabalha é que o protocolo embarga o cuidado ético, porque promove a despersonalização dos usuários do sistema único de saúde. O objetivo geral da pesquisa é analisar a relação entre as políticas de saúde mental e o cuidado ético dentro de um regime protocolar, com a finalidade de desenvolver uma crítica ética de alteridade. Dessa forma, estabelecem-se dois objetivos específicos, que correspondem à estrutura do texto em duas seções: a) apresentar um panorama das políticas de saúde no Brasil a partir de 1970, com o início do movimento antimanicomial; e b) analisar a questão do cuidado ético no protocolo de atendimento atual aos usuários de saúde mental no Brasil, a partir do conceito de alteridade de Emmanuel Lévinas. O método utilizado para a crítica ética é o fenomenológico, buscando delinear a análise da percepção intersubjetiva desencadeada no atendimento, em especial do Eu que atende em relação ao Outro atendido, a partir de Emmanuel Lévinas. Ao final da investigação, os resultados apontam a necessidade de um protocolo ético de cuidado que transcenda o mero atendimento protocolar, como condição de possibilidade da alteridade.

Palavras-chave: Movimento antimanicomial. Protocolo. Alteridade. Emmanuel Lévinas. Direitos da personalidade.

ABSTRACT

The article presents an overview of the development of public mental health policies whose care is provided by a protocol rite established by norms and guidelines that regulate the subject. In this way, the research problem that guides this investigation is: to what extent does merely protocol care fulfill ethical care? The working hypothesis is that the protocol embarrasses ethical care, because it promotes the depersonalization of users of the unified health system. The general objective of the research is to analyze the relationship between mental health policies and ethical care within a protocol regime, in order to develop an ethical critique of alterity. Thus, two specific objectives are established, which correspond to the structure of the text in two sections: a) to present an overview of health policies in Brazil since 1970, with the beginning of the anti-asylum movement; and b) to analyze the issue of ethical care in the current care protocol for mental health users in Brazil, based on Emmanuel Lévinas' concept of alterity. The method used for ethical criticism is the phenomenological one, seeking to outline the analysis of the intersubjective perception triggered in the service, especially of the Self who attends in relation to the Other assisted, based on Emmanuel Lévinas. At the end of the investigation, the results point to the need for an ethical care protocol that transcends mere protocol care, as a condition of possibility of alterity.

Keywords: Anti-asylum fight. Protocol. Otherness. Emmanuel Lévinas. Personality rights.

Introdução

O movimento antimanicomial no Brasil é marcado pelo processo de redemocratização do país e de influxos estrangeiros que o influenciaram em âmbito nacional. O país ostenta um histórico de avanços e retrocessos, de continuidades e rupturas, relacionadas ao tema. Atualmente, apesar de reanálises recentes das políticas de saúde mental, a internação hospitalar continua presente na prática e nos debates públicos.

Nesse sentido, ressalta-se que o primeiro caso de condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) (2006) foi o Caso “Ximenes Lopes *versus* Brasil”, em 2006. O caso retrata a situação da pessoa com deficiência mental – Damião Ximenes Lopes – que foi colocada em situações desumanas na Casa de Repouso Guararapes, no Estado do Ceará, que funcionava de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), culminando em seu assassinato. A conclusão do caso foi pela investigação e sanção dos responsáveis pela morte do paciente, indenização à família e a publicação da sentença no Diário Oficial ou jornal de circulação nacional. Este caso foi peremptório e ainda é referência para a elaboração de legislações e outras medidas sobre saúde mental no Brasil.

Cotidianamente milhares de brasileiros são atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Desde pessoas que carregam transtornos mentais até pessoas com histórico psicoativo, como álcool e outras drogas. Estas pessoas são submetidas a uma triagem e são direcionadas para os setores competentes. Eventualmente, são encaminhadas para aquisição de fármacos e, após, retornam aos seus domicílios.

O atendimento dos usuários é realizado por etapas. O usuário é atendido no CAPS e sua situação é observada para o encaminhamento do tratamento adequado. No setor especializado, normalmente, o usuário recebe a receita de um medicamento e retorna à sua residência. Há, no entanto, diversas modalidades de atendimento: individuais e coletivos, ambulatoriais ou hospitalares, visitas dos profissionais nos domicílios, atividades comunitárias e outros. Todas estas etapas são regidas por normas e diretrizes que se instrumentalizam em protocolos que se propõem a padronizar o atendimento dos usuários. Dessa forma, o atendimento é, em suma, protocolar.

O atendimento protocolar suscita algumas reflexões, como a própria padronização e classificação dos usuários, iminentes ao regime de padronização do atendimento. Desse modo, o problema de pesquisa que orienta esta investigação consiste na pergunta: em que medida o atendimento meramente protocolar cumpre um cuidado ético? A hipótese desta pesquisa é que o

protocolo de atendimento promove uma despersonalização daquele que é atendido e daquele que atende, impossibilitando o cuidado ético.

O objetivo geral da pesquisa é de analisar a relação entre as políticas de saúde mental e o cuidado ético dentro de um regime protocolar, para o desenvolvimento de uma crítica ética alterística. Dessa forma, estabelecem-se dois objetivos específicos, que correspondem à estrutura do texto em duas seções: a) apresentar um panorama das políticas de saúde no Brasil a partir de 1970, com o início do movimento antimanicomial; e b) analisar a questão do cuidado ético no protocolo de atendimento atual aos usuários de saúde mental no Brasil, a partir do conceito de alteridade de Emmanuel Lévinas.

A metodologia de pesquisa utilizada para a análise intersubjetiva da projeção do Outro atendido no Eu que atende é o fenomenológico. A metodologia se justifica pela análise que se propõe a delinear não somente os objetos ou a aparência do objeto na consciência do Eu, mas da sua representação como fenômeno, notadamente da relação entre o Eu e o Outro. As fontes que serão utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa são fontes essencialmente bibliográficas, especialmente a obra *Totalidade e Infinito* de Emmanuel Lévinas, bem como trabalhos jurídicos e filosóficos que tenham como objeto a alteridade levinasiana, sem prejuízo de textos auxiliares ao tema objeto do trabalho.

A estrutura do texto é desenvolvida em duas seções, cada uma com o escopo de atingir os objetivos específicos traçados. Assim, a primeira seção se ocupa da exposição do histórico do movimento antimanicomial no Brasil e de normativas correlatas; a segunda seção propõe a análise da temática a partir do conceito de alteridade de Emmanuel Lévinas, tensionada pelo atendimento protocolar dispensado aos usuários.

Ao final do trabalho, são construídas possibilidades de uma leitura ética crítica levinasiana de cuidado para além do atendimento protocolar. Propõe, nessa medida, não a revogação dos protocolos de atendimento, mas demonstrar a linha que se traça entre o cumprimento do protocolo de atendimento e o cuidado ético fundado em uma concepção de alteridade levinasiana.

1 Do movimento antimanicomial no Brasil: do excluído internado à pessoa

Saúde mental é um termo polissêmico. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Não se pode limitar saúde mental à condição de inexistência de doença mental. Trata-se de verificar o bem-estar da pessoa, sua condição para lidar com as exigências da vida, as

frustrações da vida, reconhecer seus limites, entre outros aspectos. Saúde mental é mais do que a situação psicossomática. É, também, a análise do aspecto social na saúde mental da pessoa (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540). Ocorre que, para se chegar nesta concepção, foi percorrido e ainda se percorre um caminho ético, jurídico, médico e político para sua concretização.

A concepção de saúde não é apenas individual. É possível perceber a saúde como coletiva. A tendência é a análise da saúde a partir da sensibilidade ou concepção individual. Todavia, a saúde também ostenta uma dimensão de representação social que é alcançada num segundo movimento, do individual ao coletivo, do biomédico e social ao político.

Apesar da inexistência de um conceito definitivo de saúde coletiva, pode-se pensá-la a partir da doença como elemento que constitui obstáculo prático para fruir e exercer a vida em sociedade. Portanto, “não é possível definir doença e saúde apenas pela tomada do normal e do patológico com base nas regularidades anatômico-funcionais da biomedicina” (SILVA; SCHRAIBER. MOTA, 2019, p. 11).

A reforma psiquiátrica brasileira teve início no final da década de 1970. Como costuma ocorrer com processos sociais, o desenvolvimento não é linear e há diversos desdobramentos. O termo, apesar da inexistência de sentido unívoco, pode ser entendido sinteticamente como processo histórico de formulação crítica e prática cujos objetivos são o questionamento e o desenvolvimento de propostas críticas ao modelo clássico da psiquiatria (AMARANTE, 1996).

Mais próximo da segunda metade da década de 1970, período permeado no país pelo enfrentamento à ditadura militar, surgem as críticas da ineficiência da saúde pública e ao caráter privatista da política de saúde do governo. Corroboram-se as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, além de denúncias de abandono, violência e maus-tratos aos pacientes internados nos hospícios do país, especialmente de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Não se criticavam os pressupostos da psiquiatria, mas seus excessos e desvios. Esse período de redemocratização do Brasil foi marcado pelos diversos segmentos sociais que reivindicavam direitos sociais e humanos (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Além disso, o período também foi influenciado pelas transformações da psiquiatria e da saúde nos outros países, como Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália. Nacionalmente, destaca-se o protagonismo pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O germe da reforma psiquiátrica brasileira começou com a reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde, liderada pelo MTSM. Este movimento também foi responsável por promover o debate público sobre a prática psiquiátrica nacional, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios e exigindo uma administração honesta e humana.

Estas denúncias foram levadas à sociedade civil, com cenas marcantes dos grandes manicômios do Brasil (NICÁCIO, 2003, p. 37).

A realidade dos manicômios nacionais foi colocada sob as críticas de obras heterogêneas, como as de Foucault (1975), Goffman (1975), Castel (1978) e Basaglia (1983). Em 1978, alguns dos referidos autores foram ao Rio de Janeiro e permitiram a abertura do intercâmbio dos movimentos nacionais com a Rede de Alternativas à Psiquiatria, movimento internacional de crítica às instituições psiquiátricas fundado em 1975, em Bruxelas. Além do fomento ao debate que se desenvolvia, foi decisiva a vinda de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 (NICÁCIO, 2003, p. 38).

A vinda do psiquiatra italiano foi organizada pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo. Os encontros foram marcados pelos intensos debates abertos ao público, na cidade de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Nessas conferências, Basaglia apresentou a Lei nº 180, promulgada na Itália em 1978, levando às mudanças psiquiátricas observadas naquele país. Narrou as experiências de Gorizia e de Trieste, afirmando que era fundamental superar o manicômio, defendendo a necessidade do questionamento constante da ordem social e como produzir novos modos de lidar com as pessoas (NICÁCIO, 2003, p. 38).

Franco Basaglia também visitou hospitais psiquiátricos brasileiros, em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Na sua visita à Barbacena-MG chegou a intitulá-la como *cidade dos loucos*, devido às condições dos hospitais psiquiátricos da região, promovendo diversas denúncias do hospital para a imprensa. Daniela Arbex (2013) denuncia que as mais de 60 mil mortes de internos do hospital do interior de Minas Gerais, em Barbacena, não eram apenas de pacientes com diagnóstico de doença mental, mas também homossexuais, mulheres que engravidaram “fora do casamento”, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento, mendigos e pessoas não consideradas desejáveis socialmente.

Esta constatação da realidade manicomial brasileira à época confirma a tese de Michel Foucault (1978). O filósofo francês observou que na Idade Média foram desenvolvidas estruturas para tratamento de pessoas com lepra, excluindo-os do contato com a sociedade. Todavia, Foucault evidencia que estas mesmas estruturas, esta forma de exclusão social, são utilizadas para os considerados *anormais*, ou seja, pessoas indesejadas socialmente como o pobre, o vagabundo, o presidiário entre outros. Estas estruturas também são utilizadas para os pacientes de saúde mental, promovendo-se o seu “desaparecimento” social (FOUCAULT, 1975).

Retomando a denúncia de Daniela Arbex (2013), salienta-se, quanto ao Hospital Colônia de Barbacena-MG, que, em 1930, considerando que a capacidade do local à época era de 200 pessoas e a população internada passava de cinco mil pessoas, o estabelecimento decidiu substituir as camas por capim, medida que depois veio a ser recomendada pelo Estado de Minas Gerais aos demais hospitais mineiros:

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 23-24).

A movimentação perante os hospitais manicomial gerou, em 1987, no segundo Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o lançamento do Manifesto de Bauru (1987): “na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios”. Neste lapso temporal também surgiu a primeira unidade Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo.¹

¹ De acordo com a Portaria nº 3.088, de 2011, atualmente vigente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são organizados dentro das seguintes modalidades: CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. CAPS i. - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar

No turbilhão de reivindicações sociais, o processo de redemocratização desaguou na promulgação da Constituição Federal de 1988. A normativa constitucional colocou a dignidade da pessoa humana no centro do fundamento da República e a promoção do bem de todas as pessoas, independentemente de qualquer forma de discriminação (BRASIL, 1988). Dessa forma, com o comando constitucional, foram desenvolvidas outras normativas para regulamentar o atendimento da demanda de saúde mental de acordo com a nova tábua de valores. Destaca-se: a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/1990; a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 8.069/1990; e outras fontes como a Opas, Organização Pan-Americana de Saúde, e a OMS, Organização Mundial da Saúde, que divulgaram a Declaração de Caracas (1990)² cujo objetivo era o de reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina.

Desse modo, as diversas normativas que reivindicam a cidadania do paciente de saúde mental desdobraram-se

em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p. 28).

A reforma psiquiátrica foi regulamentada pela lei nº 10.216/2001 (BRASIL 2001), conhecida como Lei Paulo Delgado. A normativa trata dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental e dá direção ao modelo assistencial no campo da saúde mental. Destaca-se que a referida normativa coloca a possibilidade de internação como situação excepcional, pela insuficiência do tratamento extra-hospitalar e com acompanhamento de várias instituições. A reforma Psiquiátrica formalizada por essa lei inicia a construção de um modelo humanizado de

projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

² “DECLARAM 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.” (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

atenção integral na rede pública de saúde que não prioriza mais a hospitalização como única forma de tratamento. O cuidado ao paciente com transtorno mental deve ser visto dentro de uma rede integrada de atenção, que vai desde a assistência primária (em unidades básicas de saúde ou por meio de equipes de saúde da família) até o atendimento mais especializado nos CAPS. A partir da regulamentação, foi possível desenvolver uma rede integral e multidisciplinar como novo padrão de atenção à saúde mental no Brasil.

Nessa linha, deve-se ressaltar que o núcleo do movimento antimanicomial não é o modelamento de serviços e atualizações tecnológicas, apesar da importância de cada uma. Mais do que a dimensão clínica e terapêutica, busca-se uma dimensão política, social e cultural. O núcleo dos primórdios do movimento é o de delinear um lugar social outro para a loucura em nossa tradição cultural (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2.070).

Retomando-se o caso Ximenes Lopes (2006) julgado pela CIDH, que teve como objeto a morte de um paciente acometido de doença mental, não se deve desvincular sua análise de uma sensibilidade ética. Damião Ximenes Lopes desenvolveu condição mental depressiva na sua juventude e apresentava crises psiquiátricas constantes. Sua primeira internação foi em 1995 por 2 meses e, ao retornar à sua residência, percebeu-se sinais de violência física, mas a Clínica justificou-a pela tentativa de fuga. Na segunda internação, em 1998, a situação se repetiu. Em 1999, em sua terceira internação, o paciente, com diversas marcas de violência física, chegou a encontrar sua mãe antes de falecer. A necropsia concluir pela morte natural. Irresignada, sua mãe, Albertina, procurou as instituições e autoridades até o caso chegar à CIDH.

Emmanuel Lévinas (1980) denunciou a filosofia ontológica que se enraizou na civilização ocidental. A filosofia do Eu que se coloca como referência e totaliza o Outro. Aquele que é diferente é totalizado como mais um Eu, ou seja, busca-se tornar o Outro um mesmo do Eu. Desse modo, a *ipseidade* ou a singularidade do Outro são totalizadas pelo Eu, colocando o Outro como um indiferente ou um Outro que não faz parte de um nós constituído por Eus. A pessoa usuária do atendimento de saúde mental do SUS passa a ser vista como um incômodo e, longe das vistas da sociedade, muitas vezes seus direitos são tratados com indiferença.

A Lei nº 10.708/2003 (BRASIL, 2003) regulamentou o programa *De volta para casa* (PVC), instituído anteriormente pela portaria nº 106/2000. O objetivo do programa, como o nome sugere, é o de deslocar as pessoas internadas para suas residências, por meio de um serviço residencial terapêutico (SRT). Este programa estruturou moradias com capacidade de até dez pessoas, situadas fora dos hospitais e, de forma complementar, o programa PVC auxiliava a reinserção da pessoa com benefício financeiro.

Em 2005 foi realizada a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). No documento desenvolvido ao evento, foram traçados os desenvolvimentos das políticas adotadas e os desafios que ainda deveriam ser enfrentados pela reforma psiquiátrica brasileira. Destaca-se o reconhecimento de que “a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens” (BRASIL, 2015, p. 6).

Os núcleos de apoio à saúde da família foram criados em 2008, para prestação de cuidados de saúde locais. Gradualmente se observou o fechamento de hospitais psiquiátricos e o aumento de oferta de cuidados comunitários de saúde mental. Em 2011, estas experiências desaguaram na edição da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial do SUS (RAPS) como política pública nacional. Apenas para melhor ilustração, as RAPS e os CAPS se relacionam da seguinte forma:

A RAPS estabelece que a atenção à saúde das pessoas com sofrimento psíquico deve ser realizada em todos os serviços do Sistema Único de Saúde, sem discriminação. Desde as Unidades Básicas de Saúde e Consultórios na Rua (serviço específico para a população em situação de rua), passando pelos pontos de atenção de urgência e emergência como o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), passando também pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) até os pontos de atenção do componente hospitalar, nos leitos de saúde mental em hospitais gerais e especializados, além de Hospitais-Dia. Os CAPS são serviços estratégicos e principais articuladores da RAPS. Eles funcionam com “portas abertas”, ou seja, qualquer pessoa pode ser recebida e avaliada pela equipe de saúde presente, sem a necessidade de um encaminhamento ou agendamento prévio. O cuidado é realizado por meio de uma avaliação inicial, seguida da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁴ para cada usuário, seja nos processos de reabilitação psicossocial ou nas situações de crise. As ações de cuidado são diversificadas, realizadas em grupo, individualmente, com a família ou na comunidade (CAPISTRANO, et al, 2021, p. 80).

O avanço gradual da reforma psiquiátrica foi obstado, pela primeira vez, por diversas mudanças de direcionamento no final de 2015 e início de 2016. A Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde retomou abordagens que já tinham sido superadas pelos psiquiatras. O redirecionamento foi no sentido de fortalecer a moralização da família e da sexualidade, em detrimento do cuidado comunitário (CAPISTRANO, et al, 2021, p. 86).

Nesse sentido, observa-se que a Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) do Ministério da Saúde revisou a política nacional de atenção básica. É justamente a atenção básica a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com a normativa, retomou-se a prática de internação de crianças e adolescentes. A RAPS que fora criada para o

atendimento especializado e a desinternação de crianças e adolescentes foi direcionada para a internação, ou seja, uma posição diametralmente oposta àquela que inspirou a sua criação. Também houve a redução de recursos para o apoio à saúde da família.

Desde a edição da Portaria nº 2.436/2017, de 2017, houve um movimento governamental pelo desmonte das políticas públicas de saúde mental. Em 2020 o Governo Federal apresentou ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde um projeto para revogar cerca de 100 portarias que atualmente estruturam a política de saúde mental brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, as diversas portarias estão obsoletas e dificultam o trabalho de efetiva consolidação de saúde mental:

Atualmente, existem mais de 100 portarias relacionadas à saúde mental que estabelecem diretrizes no tratamento e assistência aos pacientes – e seus familiares – com necessidades relacionadas a transtornos mentais e quadros de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. Após minuciosa análise de técnicos e especialistas da área, observou-se que muitas dessas portarias estão obsoletas, o que confunde gestores e dificulta o trabalho de monitoramento e efetiva consolidação das políticas de saúde mental (BRASIL, 2020).

Em nota pública, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), juntamente com outras entidades (Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, Associação Rede Unida e Sociedade Brasileira de Bioética – SBB), repudiara a proposta do chamado “revogação” em pleno aumento de angústias e sintomas de mal-estar psíquico decorrente da pandemia e seus reflexos. Na nota pública clama-se por mais recursos ao SUS, além do aspecto social de que o tratamento adequado enlaça outros atores sociais do palco de decisões como consequência dos avanços democráticos. Do contrário, estar-se-ia “priorizando uma visão tecnocrática anacrônica, enviesada e distorcida por interesses comerciais e corporativos, que nega os avanços obtidos pela saúde mental brasileira” (ABRASCO, 2020), que como movimento resgatou o foco da atenção nas políticas públicas voltadas às pessoas.

Em julho de 2021, a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados promoveu uma audiência pública para discutir a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental no Brasil. Os participantes alertaram sobre os retrocessos normativos e o financiamento de hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas, em detrimento da inclusão social prevista nas normativas, como a Lei nº 10.216/2001. As demandas levantadas na audiência pública, objetivamente, são de revogação da Portaria nº 3.588/2017 e da Resolução nº 3/2020 que incentivam a cultura da hospitalização, bem como maior transparência. De acordo com a Deputada Érika Kokay:

Há uma ameaça ao cuidar em liberdade, ou ao cuidado. Cuidar com aprisionamento, com despersonalização, com o sujeitamento, não é cuidado, é controle, é controlar corpos para que seja mantida a sua invisibilização, o seu silenciamento e a sua apartação [...]

Este país já provocou muitos suplícios, e são sempre os mesmos corpos que são vítimas desse suplício. Não tem mais por que retomar ou fortalecer com outro nome, através das comunidades terapêuticas, essa lógica de migração da saúde mental para a lógica proibicionista, ou seja, para a lógica da segurança, da apartação. Nós sofremos muitas ameaças no que este país já conquistou em vários aspectos, inclusive na concepção de Estado (BRASIL, 2021).

Ressalta-se que o direito à saúde está expressamente positivado no artigo 6º da Constituição Federal.³ Dessa forma, todos os cidadãos têm o direito fundamental e de personalidade que o Estado forneça meios e fruição deste direito por todos. O direito à saúde tem vínculo estreito com a dignidade da pessoa humana que é uma cláusula geral de concreção e de desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Elimar Szaniawski (2005, p. 138) delinea que os direitos da personalidade estão espalhados pelo texto constitucional.

Apenas a título de complementação, a doutrina nacional tem recebida a classificação tripartida dos direitos da personalidade. Assim, teríamos os direitos da personalidade: a) que tutelam a integridade física, incluindo o direito à vida, à alimentação, sobre o próprio corpo vivo e o corpo morto; b) que resguardem a incolumidade intelectual, incluindo o direito à liberdade de pensamento; e c) a proteção à integridade moral, incluindo o direito à liberdade civil, política e religiosa; o direito à imagem e o direito à identidade pessoal, familiar e social (FERMENTÃO; AGUERA, 2015, p. 121).

Portanto, considerando o contexto das políticas públicas de saúde mental expostas nesta seção, evidenciam-se as continuidades e discontinuidades do movimento antimanicomial brasileiro. Apesar da primeira condenação brasileira na CIDH ser justamente de uma pessoa portadora de saúde mental, ainda é necessário enfrentar outros problemas dessa caminhada, como a ética de cuidado no atendimento.

O pleito de se tratar a pessoa como uma pessoa, e não como um elemento a ser excluído nas portas do manicômio. Um movimento de anos com progressos e retrocessos de diversas ordens. E neste sentido, busca-se no tópico seguinte desenvolver uma análise ética sobre um ponto imbricado com as políticas de atendimento à saúde mental, visando um tratamento à pessoa, que é o protocolo de atendimento.

³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

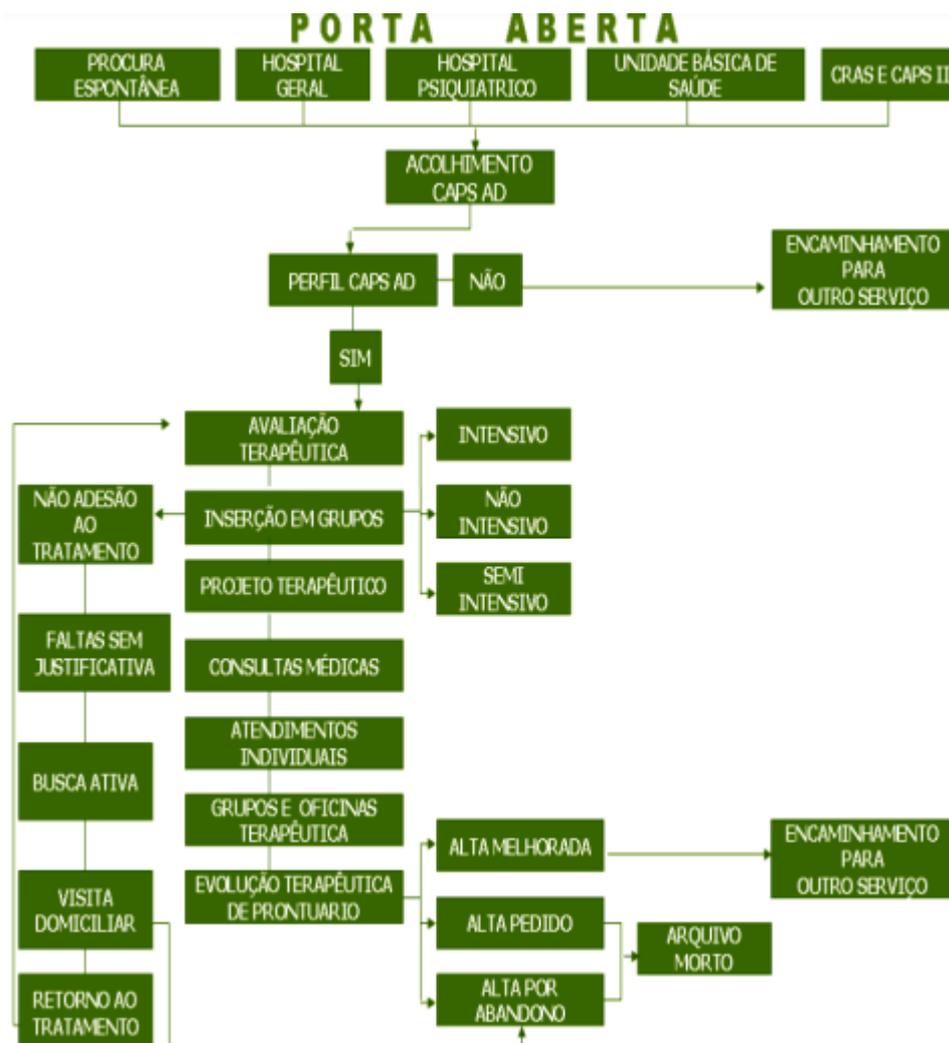
2 Protocolo de atendimento ao usuário de saúde mental do SUS: cumprimento ético do cuidado?

Como foi possível verificar na seção anterior, as pessoas que costumam ser destinatárias do atendimento especializado de saúde mental são aquelas com dependência química ou mesmo as que tenham algum transtorno mental que prejudique sua saúde mental, máxime pela afetação da qualidade de vida cognitiva e mental. Estas pessoas são atendidas pelo CAPS que busca proporcionar um atendimento especializado, por meio de um protocolo de atendimento. Os referidos protocolos decorrem de toda a jornada do movimento antimanicomial, imbuídos de diversas diretrizes e valores, como os previstos na lei 102016/2001, tais como os princípios éticos de solidariedade, inclusão social e cidadania. Desta forma, o desenvolvimento e estabelecimento dos protocolos envolvem iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas para reinserir e valorizar a pessoa com sofrimento psíquico na sociedade (AMARANTE, 2007; VASCONCELOS, 2008).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem atendimento individualizado ou coletivo aos pacientes, visando a diminuir o estigma associado ao tratamento e à observação individual dos pacientes. Há condições de atendimento ambulatorial na UBS que não necessitam de serviços hospitalares. Também são executadas visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e cuidado à família do paciente.

Portanto, conforme o protocolo de atendimento, basicamente, a pessoa vai a uma UBS ou congênere, é atendida por um profissional que busca entender a história de vida e a doença do paciente, para encaminhá-lo ao tratamento adequado. Após isso, normalmente, o usuário recebe a receita de um fármaco e vai para sua residência. Sinteticamente, é possível visualizar o seguinte fluxograma:

Figura 1 - Fluxograma simplificado do protocolo de atendimento do usuário de saúde mental do SUS:



Fonte: (SOUSA, 2014, p. 14).

O procedimento aparenta ser funcional e de acordo com uma visão humanística de acompanhamento individual da pessoa atendida. Dessa forma, para podermos adentrar com mais sensibilidade ao problema ético dos protocolos de atendimento, deve-se tomar saúde mental como sofrimento de pessoas. Cuidado e saúde mental se entrelaçam de forma indelével, porque “nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente”, e ainda, a experiência no atendimento evidencia que o cuidado centrado no sofrimento das pessoas liberta os profissionais e “promove abertura a inúmeras possibilidades de cuidado, ao efetivar uma mudança de expectativas e objetivos do cuidado”

(BRASIL, 2013, p. 12-15). Em outras palavras: a saúde mental e o cuidado formam um caminho tanto para aquele que atende quanto para aquele que é atendido.

A exploração do diálogo ético com os protocolos de atendimento vão ao encontro da história brasileira de reforma psiquiátrica ou movimento antimanicomial. É justamente a raiz deste movimento que se busca resgatar de forma ética na análise dos protocolos de atendimento, ou seja, a crítica é que a execução das políticas nacionais deixe de “visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle” (TENÓRIO, 2002, p. 27). Ainda, “o processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de vinte anos e tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco” (TENÓRIO, 2002, p. 27), ou seja, a busca-se a construção da cidadania do Outro.

Os protocolos de atendimento permitem, ou melhor, promovem um atendimento especializado e técnico que isenta qualquer responsabilidade adicional do atendente. No final, qualquer ocorrido posteriormente será blindado pela defesa de que o protocolo foi seguido. Todavia, não se pode permitir que o protocolo totalize a relação entre atendente e atendido, sob pena de transformar o Outro no mesmo. A experiência dos atendimentos cria concordâncias cujas respostas humanizadoras “não havia manuais nem prescrições disciplinares e por isso mesmo, produziam paralisia”, ou seja, “situações as mais diversas que atualizavam temas polêmicos, para os quais não encontramos soluções em protocolos específicos” (BULHÕES; VASCONCELOS; ESCÓSSIA, 2015, p. 49 e 50).

Muitos profissionais de saúde se limitam aos protocolos e normas, totalizando os limites de seus comportamentos e o atendimento. Protocolos e normas são importantes instrumentos criados para padronizar a assistência, mas que tendem a totalizar e capturar o trabalho vivo e a liberdade do atendente. Totalizam o atendimento com um padrão previamente estabelecido. Cria-se uma tensão entre a liberdade de cuidado ético criativa daquele que atende e a forma protocolar de controle, e que, em última análise, sequestra a subjetividade ética de todos os envolvidos:

Liberdade e captura atuam simultaneamente, formando a subjetividade do profissional de saúde. A subjetividade capturada vai proporcionar as práticas serializadas, de forma burocrática, considerando o usuário como mais um de um conjunto padronizado. Ela se fixa em um polo conceitual, previamente determinado, e institui verdades, não considerando a potência do outro. A relação é de controle e o cuidado que aí se produz é fixo, protocolar. Já a liberdade, possibilita a produção do cuidado da melhor forma que lhe convém. Sendo assim, ela é a palavra mágica, que permite ao trabalhador, em momentos diferentes, fazer uma coisa e outra. Não há, a priori, um modelo de cuidado em saúde a ser seguido, as práticas andam conforme anda o próprio trabalhador, ou seja, sua subjetividade,

que é dinâmica, opera, produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho (BELLOTI; LAVRADOR, 2015, p. 140).

É neste ponto que devemos resgatar alguns conceitos de Emmanuel Lévinas (1980), a fim de reativar uma esfera ética de cuidado. O filósofo da alteridade propôs uma crítica ética radical à civilização ocidental, denunciou a precedência do Eu em detrimento do Outro, este que sempre se encontra numa relação assimétrica, como a pessoa portadora de transtorno mental e o profissional de saúde mental. Como observado pela citação acima, a subjetividade é construção, e o ponto de partida da subjetividade numa perspectiva levinasiana é o Outro.

Dessa forma, é o Outro que diz quem o Eu é, não é o Eu que diz quem é o Outro. Não existe o Eu sem o Outro. É o Outro quem vai me dizer o que o Eu não enxerga, o que não sente, o que não escuta, o que não tem paladar para saborear. E é este contraste do Eu com o Outro que forma a esfera constitutiva do Eu (RIBEIRO; TEIXEIRA; IKEDA, 2021, p. 2.040).

A pluralidade e o diferente é condição de possibilidade da ética, e sem a pretensão de transformar o Outro no mesmo (SOUZA, 2016, p. 43). Deve-se valorizar o Outro em sua singularidade, e esta valorização é não fazer do Outro um igual ou buscar enquadrá-lo em um formato igual ao Eu ou, ainda, integrar a um “nós” que é constituído por muitos Eus. Do contrário, transforma-se o Outro no mesmo. O Outro é um diferente e único que nunca poderá o Eu conhecer totalmente, não é possível totalizar. Por isso, “a colectividade em eu digo tu ou nós não é um plural do eu. Eu, tu, não são indivíduos de um conceito comum” (LEVINAS, 1980, p. 26).

Quando pensamos no protocolo que substitui a hipotética médica “Ana” e o hipotético usuário “João” pelas figuras protocolares, desaparecem o Eu e o Outro, só resta protocolo. Não existe o humano sem ética, e numa relação sem humanos também não existe uma ética de cuidado. O Outro não pode ser capturado e totalizado pelos esquemas cognitivos protocolares (LEVINAS, 1980). No protocolo não há o Outro, e se não há o Outro, pois não é possível totalizá-lo, não há também o Eu, assim, não há humanos, sem humanos não há ética do cuidado, há apenas lógica e razão totalizadoras. Nada mais. O cuidado está justamente “fora das regras, dos protocolos e do campo das certezas, abrindo, assim, espaço para o inusitado”, pois ficar “preso às regras” não permite ao trabalhador experimentar a suavidade dos encontros, deixando seus “olhos vendados” para o inusitado” (BELOTTI; LAVRADOR, 2015, p.143-144), ou seja, para a alteridade que o Outro desperta no Eu.

A filosofia levinasiana é propícia para o debate em tela, tendo em vista que a figura do Outro ultrapassa o campo do domínio técnico e científico. Propõe-se, assim, um cuidado que transcende o conhecimento universal científicos e técnicos, ou seja, são saberes que “não se preocupam com o que há de singular na realidade, mas justamente com o que as singularidades têm em comum” (ALMEIDA, 2010, p. 25). A diferença do profissional de saúde que atende ao chamado ético e o que não atende o chamado ético está na sua resposta ao chamado do Outro, enquanto o primeiro verá uma singularidade, o segundo verá uma massa biológica que necessita de intervenções (ALMEIDA, 2010, p. 117).

A justiça levinasiana está em responder por todas as causas, incluindo as que o Eu não deu causa. É a responsabilidade infinita pelo Outro. O Outro antecede o Eu e o interpela pelo seu cuidado. É justamente o rosto do Outro que interpela o Eu e traz uma linguagem ética: *não matarás!* É este rosto do Outro que coloca o Eu sob duas opções: a) acolher e cuidar do Outro, assumindo a minha responsabilidade por ele; ou b) matar este Outro pela indiferença. Assim, é a precedência deste Outro que interpela o Eu eticamente pelo cuidado e pela responsabilidade infinita que radica a alteridade levinasiana. Dessa forma:

A epifania do rosto como rosto abre a humanidade. O rosto na sua nudez de rosto apresenta-se a penúria do pobre e do estrangeiro; mas essa pobreza e esse exílio que apelam para os meus poderes visam-se, não se entregam a tais poderes como dados, permanecem expressão do rosto. O pobre, o estrangeiro, apresenta-se como igual. [...] A presença do rosto – o infinito do Outro – é indigência presença do terceiro (isto é, de toda a humanidade que nos observa) e ordem que ordena que mande [...] Toda a relação social, como uma derivada, remonta à apresentação do Outro ao Mesmo, sem qualquer intermédio de imagem ou de sinal, unicamente pela expressão do rosto (LEVINAS, 1980, p. 190-191).

A alteridade e o Outro estão para além de qualquer forma de objetificação. O rosto é o fenômeno que não pode ser totalizado por excelência. Ele chama o Eu a romper com todos os esquemas de captura e totalização, de toda a tentativa de enquadrar o Outro num esquema lógico. Assim, “a alteridade nunca é englobada em um conceito, nunca termina em número ou cifras, mas está fora da objetivação, está fora dos meus alcances e poderes” (GRZIBOWSKI, 2010, p. 81). A alteridade é condição de possibilidade de cuidado para além do protocolo.

A atenção no sistema de saúde mental é padronizada por um raciocínio protocolar. Dessa forma, o rito é protocolar. O cumprimento do protocolo valida o atendimento daquele Outro que procura auxílio. A relação intersubjetiva não é interpelada pelo rosto, é construída protocolarmente. O protocolo constitui uma idealização de um cuidado dever-ser, mas que se converte em

instrumento de despersonalização daquele que atende e o Outro que é atendido. O cumprimento de uma formalidade não é tornar o atendimento ético nem efetivar o cuidado. Ainda, torna-se escudo de responsabilidade daquele que atende. É a indiferença que Lévinas critica.

No meio dos diversos protocolos, ofícios, relatórios, a conformação das ações em séries e mais séries de adequações procedimentais, há uma precedência do Eu perante o paciente Outro. O próprio atendimento protocolar é frustrado pela “ vaidade dos que conseguem ou não fazer tal procedimento, desta ou daquela forma” e a ideia de um protocolo de uma clínica psicossocial ampliada é obstada pelo Eu que “se protege do olhar avaliativo (punitivo) do outro ângulo” (SILVA; BRITO, 2015, p. 71).

Dessa forma, a ficção do dever-ser que se substancia no protocolo é uma ficção ética de cuidado, e a “ficção consiste não em fazer ver o invisível, mas em fazer ver até que ponto é invisível a invisibilidade do visível” (FOUCAULT, 1990, p. 30). O protocolo faz parte da história tradicional das ciências e da confiança no progresso, em que se busca ratificar uma história a partir de suas condições de verdade, a verdade do homem (CANDIOTTO, 2007, p. 5-6). A verdade do protocolo. E numa leitura levinasiana, a legitimidade da totalização do Outro a partir da verdade do Eu.

Insensibilidade e indiferença que aparentam éticas, mas não são éticas. A conversão do cuidado naquilo que é protocolar é a própria impossibilidade de cuidado e alteridade. O cuidado ao Outro vai ocorrer justamente naquilo que ultrapassa a responsabilidade do Eu protocolar, é a avocação de uma responsabilidade infinita que não pode ser totalizada. É dar precedência ao Outro frente ao Eu e qualquer outro esquema técnico ou protocolar.

O protocolo opera como uma espécie de triagem que classifica e escolhe, deslocando o acolhimento para a dimensão das intenções. De origem militar, o protocolo era utilizado para classificar o maior número possível de soldados para os campos de batalha e para decidir quais feridos valeria a pena salvar. A triagem que pragmaticamente pontua os aspectos físicos mais evidentes e os encaminhar para o setor adequado indica a imersão do procedimento em saberes de produção industrial. O relato da realidade pelos profissionais pode ser sintetizado como: “às vezes no acolhimento me sinto meio como o Carlitos do filme de Chaplin, *Tempos Modernos*, que de tanto apertar parafusos, sai repetindo os movimentos desconexos rua afora” (PAULON, et al, 2015, p. 281).

A referência ao filme *Tempos Modernos* (1936) é pertinente ao debate atual. A demanda cada vez maior de usuários de saúde mental do SUS não é acompanhada pelo investimento estrutural necessário. Dessa forma, muitas vezes, os atendentes são movidos pela necessidade de atender o maior número de pessoas no menor tempo possível, semelhante à linha de produção

filmográfica indicada. Promove-se uma espécie de preocupação em atender, classificar e encaminhar cada vez mais rápido e de forma eficiente, alienando-se o atendente da sua própria atividade de cuidado. E tudo ocorre dentro de um rito protocolar que fetichiza (MARX, 2013) a consciência do atendente pelo formalismo protocolar⁴. O atendimento nessa medida aliena sua relação com o usuário e o protocolo ganha uma espécie de vida própria, como se o protocolo fosse o usuário que buscasse cuidado, torna-se símbolo do cuidado cumprido.

Dessa forma, o cuidado é justamente naquilo que extrapola os protocolos e procedimentos técnicos. O acolhimento requer criatividade, capacidade relacional, disposição à experiência da alteridade e, assim, também gestão do próprio processo de atendimento que os profissionais conseguem fazer. O cuidado ético busca o resgate da personalidade não apenas daquele que é atendido, mas da personalidade e do dom de cuidar daquele que atende. Deve existir a liberdade dos profissionais discutirem e elaborarem novas possibilidades de atendimento e acompanhamento, individualizando a sensibilidade daquele que é atendido e o dom de cuidado daquele que atende.

Nesse sentido, o atendimento na medida em que é procedido pela forma meramente protocolar produz um desgaste na relação entre usuário de saúde mental do SUS e o atendente. Os usuários passam a observar o atendimento como válvula para resolver suas demandas de saúde ou para fruir de sua dose de fármaco. Já os atendentes podem perceber o procedimento como castigo ao serem designados para suprir essa necessidade pelo procedimento de triagem, validação e/ou contenção. Esta dinâmica fomenta o questionamento do cuidado que restringe vigorosamente a vinculação entre os usuários e os atendentes (PAULON, et al, 2015, p. 281-282).

Os protocolos cumprem uma função importante de padronização no atendimento de saúde mental. A crítica ética que se coloca aos protocolos de atendimento é de que o mero cumprimento de suas formalidades não implica o cuidado. Conforme se observou no desenvolvimento das políticas de saúde mental brasileiras, o objetivo não é apenas de evitar o manicômio, mas o de tratar as pessoas como pessoas, de cuidar das pessoas como pessoas. Em um sentido ético, tratar as pessoas apenas como partes do procedimento protocolar, é promover sua despersonalização. Clama-se pela alteridade no atendimento, na tomada de responsabilidade além do atendimento, no cuidado que se encontra além do protocolo, no resgate da pessoa que não é capturada pelo protocolo.

⁴ Apesar de não ser objeto do presente trabalho, aponta-se que há grandes diferenças na pesquisa de Marx e Levinas. Marx trabalha no campo da política e Lévinas no campo da ética. O primeiro utiliza o materialismo histórico e o segundo usa a fenomenologia. Levinas expressamente exaltou o marxismo ao tomar o Outro a sério. Ainda que os pensadores venham de direções e percursos praticamente opostos, ambos se encontram na crítica radical de denunciar o empobrecimento do valor humano frente aos discursos pseudo-humanistas. Para uma visão mais profunda do tema, consultar Cunha (2021).

Como ponto derradeiro, talvez se pode pensar que um ponto de intersecção entre ética de cuidado e protocolo esteja na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Desde 2003 a política incentiva o envolvimento entre gestores, trabalhadores e usuários a fim de se promover debates em direção ao melhor cuidado e organização do atendimento. Uma das diretrizes da política é promover a participação coletiva destes atores nos processos de gestão, produção de saúde e enfrentamento das relações assimétricas de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, ainda que o rito seja protocolar, movido pela uniformização do atendimento e das melhores práticas, abre-se com a PNH uma possibilidade dos atores do cuidado dialogarem. É esta abertura ao Outro por meio do diálogo que poderá criar pontes ao que somente o Outro pode ver, sentir e dimensionar. O Outro clama por cuidado e responsabilidade, mas também tem voz ética que precisa ser escutada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa problematizou o espaço do cuidado ético no atendimento meramente protocolar dos usuários de saúde mental do SUS. O rito protocolar que é estabelecido a partir de diretrizes e normativas promove uma uniformização do atendimento aos usuários, mas que pode tornar o atendimento tão operacional que esvazia o espaço do cuidado ao Outro. Esse espaço do Outro não apenas numa dimensão clínica, mas social, cultural e política está no núcleo do movimento antimanicomial.

Na primeira seção de desenvolvimento do trabalho, foi apresentado um panorama do movimento antimanicomial brasileira, que foi marcada pelo processo de redemocratização do país. Apontou-se a importância de movimentos externos, especialmente a vinda Franco Basaglia ao Brasil em 1979, que movimentou diversos debates com a comunidade nacional e o trabalho da imprensa perante as diversas denúncias realizadas sobre a realidade dos hospitais manicomiais. Colocando-se o direito à saúde e de tratamento humano igualitário como direito da personalidade e fundamental. Evidenciou-se que a internação hospitalar deveria ser a última hipótese e que as pessoas atendidas no campo da saúde mental deveriam ser tratadas como pessoas.

Destaca-se a importância, no movimento antimanicomial, do caso Ximenes Lopes versus Brasil julgado pela CIDH evidenciou graves problemas que poderia ocorrer no tratamento de saúde mental. E conforme pode ser analisado no julgamento, não estavam presentes os requisitos mínimos para se pensar em cuidado do usuário Damião Ximenes Lopes. A desconsideração dos direitos da

pessoa com deficiência mental embasou um paradigma que influenciou o Brasil a desenvolver uma série de normativas e diretrizes em políticas de saúde mental.

Na segunda seção apresentou-se a forma de execução das normativas e políticas de saúde mental nas unidades básicas de saúde. A intenção de padronização e efetividade no atendimento é revestida de uma forma protocolar. Esta forma protocolar foi objeto de análise ética levinasiana radical, evidenciando-se que o cuidado ético e o cumprimento da formalidade protocolar não se confundem. Cumprir o protocolo não significa acolhimento e cuidado ético.

A responsabilidade infinita que o rosto do Outro me interpela não é passível de embotamento protocolar. O protocolo cumpre uma função de padronização do atendimento, mas o cuidado ético transcende o mero cumprimento protocolar. É ir além do cumprimento do protocolo, é o Eu aceitar a responsabilidade infinita que se encontra fora do protocolo. O cuidado ético com o Outro exige um acolhimento único que respeite todas as diferenças e que não pode ser padronizado. É aceitar que o Outro precede ao Eu e o protocolo, precede toda e qualquer forma de padronização e classificação. Este Outro que é o início e o fim não pode ser limitado pelo meio protocolar. É um cuidado que executa uma justiça, abolindo-se toda a indiferença, máxime pelo acolhimento das infinitas diferenças da alma e histórias da pessoa humana.

Também não se pode deixar de destacar que o cuidado ético liberta o Eu que atende. Liberdade criativa e ética que permite o desenvolvimento da personalidade do Eu que atende, personalizando e substanciando seu dom ético de cuidado. O protocolo é a forma que orienta o atendimento do Outro, mas é na alteridade infinita e que transcende o protocolo que o Eu que atende encontra o Outro e se libertada prisão do mesmo. O que talvez possa ser concretizado com a PNH ao resgatar a posição política de todos os atores no desenvolvimento do processo de atendimento.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Nota contra a proposta de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial apresentada pelo Ministério da Saúde. **Comunicação Abrasco**, 09 dez. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-contr-a-proposta-de-desmonte-da-rede-de-atencao-psicossocial-apresentada-pelo-ministerio-da-saude/54848/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

ALMEIDA, Débora Vieira de. **A filosofia de Emmanuel Lévinas como fundamento para a teoria e a prática do cuidado humanizado do enfermeiro**. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. 197 f. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12082010-142430/publico/Debora_Almeida.pdf. Acesso em: 24 dez. 2021.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, Manguinhos, v.23, n.6, p.



2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 4. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **Conferenze Brasiliane**. Pistoia: Psichiatria Democrática, 1983.

BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 5, p. 129-146. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 24 dez. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Política de Saúde Mental é debatida em audiência pública**. Comissão de Direitos Humanos e Minorias, 08 jul. 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/politica-de-saude-mental-e-debatida-em-audiencia-publica>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. **Em reunião na Câmara, secretários do Ministério da Saúde destacam novas ações em saúde mental**. Ministério da Saúde, 09 dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/em-reuniao-na-camara-secretarios-do-ministerio-da-saude-destacam-novas-acoes-em-saude-mental>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção à saúde**. Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, n. 34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 21 dez. 2021.

BULHÕES, Ariane Brum de Carvalho; VASCONCELOS, Michele de Freitas Farias de; ESCÓSSIA, Liliana da. Processos de Desinstitucionalização em Caps ad como Estratégia de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 5, p. 41-64. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 24 dez. 2021.

CANDIOTOO, Cesar. Foucault e a crítica do sujeito e da história. **Revista Aulas**, Campinas, v.1, n. 3, p. 1-27, 2006-2007. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1913>. Acesso em: 24 dez. 2021.

CAPISTRANO, Adélia Benetii de Paula; CARVALHO, Marcel Henrique de; VAHDAT, Vah'd Shaikhzadeh; BOEIRA, Laura dos Santos. **Caminhos em saúde mental**. S/L: Instituto Cactus, 2021. Disponível em: https://www.veredas.org/wordpveredas/wp-content/uploads/2021/06/LivroDigital_CaminhosSaudeMental_Final.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

CASTEL, Robert. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. 2006. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 04 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

CUNHA, José Ricardo. De Lévinas a Marx: ética e política entre transcendência e revolução. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 1573-1614, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/61544/39030>. Acesso em: 14 abr. 2022.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 21 dez. 2021.

FERMENTÃO, Cleide; AGUERA, Pedro Henrique Sanches. A ausência de eficácia do direito fundamental à saúde e a vulnerabilidade das pessoas que dependem da saúde pública: onde está a inviolabilidade da dignidade humana? **Revista Cadernos do Programa de Pós-Graduação Direito/UFRGS**, Rio Grande do Sul, v.10, n.3, p. 112-128, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ppgdir/article/view/58977/36360>. Acesso em: 26 dez. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1975.

FOUCAULT, Michel **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O pensamento do exterior**. São Paulo: Princípio, 1990.

GOFFMANN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRZIBOWSKI, Silvestre. **Transcendência e Ética: um estudo a partir de Emmanuel Lévinas**. São Leopoldo: Oikos, 2010.

LEVINAS, Emmanuel. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 1980.

MARX, Karl. A mercadoria. In: MARX, Karl. **O capital: crítica econômica política**. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 113-158.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Campinas,

2003. 205f. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296834944.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

PAULON, Simone Mainieri Paulon; CHAVES, Alice Grasiela Cardoso Rezende; SALES, André Luis Leite de Figueiredo; EIDELWEIN, Carolina Eidelwein; LEAL, Cássio Streb Nogueira Débora; DRESCHER, Diego Drescher; EGGRES, Eduardo; PEREIRA, Liana Cristina Della Vecchia; PETRY, Mário Francis Petry; TREPTE, Renata Flores. O Tempo, o Invisível e o Julgamento: Notas sobre Acolhimento à Crise em Saúde Mental em Emergências de Hospitais Gerais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 5, p. 277-298. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 24 dez. 2021.

RIBEIRO; Daniela Menengoti Gonçalves; TEIXEIRA, Rodrigo Valente Giublin; IKEDA, Walter Lucas. Tratado de Marraqueche como possibilidade de cuidado ético e jurídico ao Outro a partir de Emmanuel Levinas. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 2031-2050, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/56776/40202>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SAÚDE MENTAL, I. C. N. de T. em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537-541, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>. Acesso em: 21 dez. 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.31, n.5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2021.

SILVA, Fábio Hebert da; BRITO, Janaina Madeira. As Reflexões Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Humanização na Atenção Primária no Município de Serra/ES. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 5, p. 65-84. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 24 dez. 2021.

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Bilma; MOTA, André. O conceito de saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SOUSA, Kátia Gonçalves de. **Protocolo de atendimento em saúde mental em um CAPS AD III**. Monografia (Especialização em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2014. 31 f. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167452/KATIA%20GONCALVES%20DE%20SOUSA%20TCC_PSICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 dez. 2021.

SOUZA. Ricardo Timm de. **Ética como fundamento II**: pequeno tratado de ética radical. Caxias do Sul: Educus, 2016.



SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos da Personalidade e sua Tutela**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

TEMPOS MODERNOS. Charles Chaplin. Eua: Charles Chaplin Productions, 1936.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol. 9, n.1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos e de movimento no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org) **Abordagens psicossocial: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. V. 2. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008, p. 56-141.

Sobre os autores:

Rodrigo Valente Giublin Teixeira

Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. MBA em Business Law e Gestão (FGV). Mestre em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina. Graduado em Direito pela Universidade Cesumar. Professor. Advogado.

Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9514467370087290> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6562-6731>

E-mail: rodrigo@rodrigovalente.com.br

Walter Lucas Ikeda

Doutorando em Ciências Jurídicas pela UniCesumar. Mestre em Ciências Jurídicas pela UniCesumar. Pós-graduado em Direito pela PUCPR. Graduado em Direito pela Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo. Professor de Direito. Advogado.

Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8656706806234500> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6079-7109>

E-mail: walterlucasikeda@gmail.com

Os autores contribuíram igualmente para a redação do artigo.